



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**“ CERTEZA EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS  
ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS QUE  
ESTABLECE EL MÉDICO FAMILIAR EN  
COMPARACIÓN CON EL ENDOSCÓPICO ”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. XOCHITL ELIZABETH RODRÍGUEZ URIBE**



**CD. DE MÉXICO, D.F.**

**AGOSTO, 2006**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**“ CERTEZA EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS  
ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS QUE  
ESTABLECE EL MÉDICO FAMILIAR EN COMPARACIÓN  
CON EL ENDOSCÓPICO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO  
EN LA ESPECIALIDAD DE:  
MEDICINA FAMILIAR**

## **ASESORES:**

**DR. EFRÉN RAÚL PONCE ROSAS**

Profesor titular “A” TC Definitivo  
Coordinación de Investigación del  
Departamento de Medicina Familiar  
Facultad de Medicina, UNAM.

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR**

Coordinador Clínico de Investigación y Educación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar No. 28 Gabriel Mancera, I.M.S.S.  
Profesor Titular de la Residencia en Medicina Familiar

**PRESENTA:**

**DRA. XOCHITL ELIZABETH RODRÍGUEZ URIBE**



**“ CERTEZA EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES  
ESOFAGOGÁSTRICAS QUE ESTABLECE EL MÉDICO FAMILIAR EN  
COMPARACIÓN CON EL ENDOSCÓPICO”**

*ASESORES DE TESIS*

---

**DR. EFRÉN RAUL PONCE ROSAS**

PROFESOR TITULAR “A” TC DEFINITIVO  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

---

**DR.**

**AUGUSTO**

**BERNARDO TORRES SALAZAR**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN Y INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 28 GABRIEL MANCERA, I.M.S.S.  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR



***“ CERTEZA EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS QUE ESTABLECE EL MÉDICO FAMILIAR EN COMPARACIÓN CON EL ENDOSCÓPICO ”***

***AUTORIZACIONES***

---

**DR. GERARDO VELAZQUEZ ESPEJEL**

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28  
GABRIEL MANCERA, I.M.S.S.

---

**DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR**

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”, IMSS

---

**DRA. GABRIELA NAVARRO SUSANO**

MÉDICO ADJUNTO A COORDINACIÓN CLÍNICA  
DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UMF No. 28 “GABRIEL MANCERA”, IMSS

## DEDICATORIA

*A mi madre: Por siempre estar a mi lado y brindarme su apoyo incondicional todos los días de mi vida, y que ha sido base para poder realizar mis sueños; además por darme el ejemplo de perseverancia, entrega y amor por lo que uno hace.*

*A mi marido: Por brindarme todos los días apoyo inigualable, desde que estamos juntos y, ser mi más grande motor para ser cada día mejor, además de hacerme la persona más feliz por contar con su amor incondicional y respeto.*

*A mi familia: Por estar siempre a mi lado y ser parte importante de todos los días de mi vida, y por tolerar muchas veces desvelos y, sobre todo mi ausencia en muchas ocasiones por estar luchando por mi sueño: mi profesión. Los quiero.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México: Por permitirme ser un egresado más de esta maravillosa e inigualable Institución.*

## **I N D I C E**

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>1.1. ANTECEDENTES DE MEDICINA FAMILIAR</b>	<b>4</b>
<b>EL PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR EN LAS</b>	
<b>1.1.1 ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS EN EL PRIMER</b>	<b>4</b>
<b>NIVEL DE ATENCIÓN</b>	
<b>1.1.2. EL MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y SU</b>	<b>5</b>
<b>ENTRENAMIENTO ACADÉMICO</b>	
<b>1.1.3 EL I.M.S.S. Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.4. ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	<b>6</b>
<b>1.1.4.1 DEFINICIONES</b>	<b>6</b>
<b>1.1.4.2 ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES</b>	<b>7</b>
<b>ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.4.3 FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA</b>	<b>7</b>
<b>LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.4.4 EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDADES</b>	<b>8</b>
<b>ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.4.5. CUADRO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES</b>	<b>8</b>
<b>ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.4.6. DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES</b>	<b>11</b>
<b>ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.4.7 TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES</b>	<b>11</b>
<b>ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.4.8 COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES</b>	<b>13</b>
<b>ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.4.9 PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES</b>	<b>14</b>
<b>ESOFAGOGÁSTRICAS</b>	
<b>1.1.5. LA ENDOSCOPIA</b>	<b>14</b>

1.1.5.1 DEFINICIÓN	14
1.1.5.2. INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA	15
1.1.5.3. COMPLICACIONES DE LA ENDOSCOPIA	16
1.1.5.4. COSTO-BENEFICIO DE LA REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA	17
1.1.6. <i>Helicobacter pylori</i>	17
1.1.6.1. GENERALIDADES	17
1.1.6.2. CUADRO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN POR <i>Helicobacter pylori</i>	17
1.1.6.3. DIAGNÓSTICO DE <i>Helicobacter pylori</i>	18
1.1.6.4. COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN POR <i>Helicobacter pylori</i>	19
1.1.6.5. MORTALIDAD E INFECCIÓN POR <i>Helicobacter pylori</i>	19
1.1.6.6. TRATAMIENTO PARA ERRADICACIÓN DE <i>Helicobacter pylori</i>	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
JUSTIFICACIÓN	23
OBJETIVOS	24
4.1. OBJETIVOS GENERALES	24
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
MATERIAL Y MÉTODOS	24
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
5.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO	25
5.3 POBLACIÓN O UNIVERSO	26
5.3.1. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN	26
5.4. MUESTRA	26
5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	27
5.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	27



<b>5.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>27</b>
<b>5.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN</b>	<b>27</b>
<b>5.6. VARIABLES</b>	<b>28</b>
<b>5.7. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES</b>	<b>28</b>
<b>5.8. DISEÑO ESTADÍSTICO</b>	<b>28</b>
<b>5.9. FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>29</b>
<b>5.10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</b>	<b>29</b>
<b>5.11. MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS</b>	<b>29</b>
<b>5.12. PRUEBA PILOTO</b>	<b>30</b>
<b>5.13. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS:</b>	<b>30</b>
<b>5.13.1. PLAN DE CODIFICACIÓN DE LOS DATOS:</b>	<b>30</b>
<b>5.13.2. DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS</b>	<b>30</b>
<b>5.13.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS</b>	<b>31</b>
<b>5.14. CRONOGRAMA</b>	<b>31</b>
<b>5.15. RECURSOS HUMANOS MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO</b>	<b>32</b>
<b>5.15.1. RECURSOS HUMANOS</b>	<b>32</b>
<b>5.15.2. RECURSOS MATERIALES</b>	<b>32</b>
<b>5.15.3. RECURSOS FÍSICOS</b>	<b>32</b>
<b>5.15.4. RECURSOS FINANCIEROS</b>	<b>32</b>
<b>5.16. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>32</b>
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>7. DISCUSIÓN</b>	<b>39</b>
<b>8. CONCLUSIONES</b>	<b>42</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>43</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>45</b>

TÍTULO:

***“ CERTEZA EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS  
ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS QUE  
ESTABLECE EL MÉDICO FAMILIAR EN  
COMPARACIÓN CON EL ENDOSCÓPICO ”***

## R E S U M E N

**OBJETIVO:** Cuantificar la certeza que tiene el médico familiar al establecer el diagnóstico de las enfermedades esofagogástricas, en comparación con el diagnóstico por endoscopia.

**DISEÑO:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El estudio se realizó en la Consulta Externa del Servicio de Gastroenterología en el Hospital General Regional No 1 Gabriel Mancera del IMSS. El tiempo durante el cual se realizó la obtención de la información de cada uno de los pacientes, comprendió de Noviembre 2004 a Febrero de 2005. Se llevó a cabo la revisión de expedientes de aquellos pacientes subsecuentes que se remitieron a segundo nivel por el Médico Familiar con el diagnóstico de alguna enfermedad esofagogástrica, con el formato oficial 4-30-8, y que además contaban con reporte endoscópico e histopatológico. La muestra total de los pacientes captados fue de 120 casos. Para el análisis estadístico de la información obtenida de cada uno de los expedientes se utilizó el sistema estadístico SPSS V.12, con el cual se obtuvieron frecuencias y porcentajes. El registro en el IMSS, asignado por el Comité de Investigación Local fue 2004-36-0022.

**RESULTADOS:** El total de los datos obtenidos, correspondieron a 120 casos de pacientes que cubrieron los criterios de inclusión. Obteniéndose que el sexo femenino fue el que predominó, representando el 63.3%, con edad promedio de  $54.8 \pm 16.4$  años con rango entre 19 y 86 años de edad. Al realizar el análisis de la información, se encontró una variedad de 40 diagnósticos clínicos establecidos por el médico familiar, mientras que el caso de los diagnósticos endoscópicos tuvieron una variedad de 36, y en el caso de los diagnósticos histopatológicos fueron 24. Los tres principales diagnósticos clínicos fueron la gastritis, enfermedad ácido péptica y hernia hiatal, en el caso de la endoscopia los principales diagnósticos fueron gastritis, hernia hiatal y esofagitis; y en el caso de los diagnósticos por patología los principales fueron la gastritis y la infección por *Helicobacter pylori*. Al realizar la comparación entre los diagnósticos, en 59 casos no se tuvo certeza alguna por el médico familiar en los diagnósticos que estableció; mientras que en 50 casos solamente hubo acierto en un diagnóstico y, en 10 casos se acertó en dos diagnósticos, un solo caso si se encontró certeza el tres diagnósticos por los que se remitió el paciente a segundo nivel.

**CONCLUSIONES:** Se observó que el médico familiar tiene poca certeza en los casos de aquellos pacientes que establece algún diagnóstico correspondiente a alguna enfermedad esofagogástrica. Por lo que se considera importante el dar a conocer los resultados de esta investigación, para así poder promover a los Médicos Familiares para tener una capacitación constante sobre diagnóstico y tratamiento adecuado para dicho grupo de enfermedades.

**PALABRAS CLAVE:** enfermedades esofagogástricas, reflujo gastroesofágico, gastritis, hernia hiatal, endoscopia.

## **ABSTRACT**

**OBJETIVES:** To quantify de certainty of the family physician, establishing diagnosis of the gastroesophageal illnesses, in comparison with the endoscopic diagnosis.

**DESIGN:** Retrospective, descriptive, observational transverse study.

**MATERIAL AND METHODS:** The present study, was made in the external consultancy of the gastroenterology service, in the General Regional Hospital, No. 1 “Gabriel Mancera”, of the Social Insurance Mexican Institute (SAMI). The period of patients data recompilation was from November 2004 to February 2005. There was made the files review of the subsequent patients with the diagnosis of any gastroesophageal illness, and with endoscopic and hystopathologic report referred to a second level hospital by the Family Physician, with the 4-30-8 official format. The total sample of captured patients, was 120 cases. It was used the statistical system SPSS V.12, for the statistical analysis of the obtained information of each one of the files, getting frequencies and percentages. The SAMI record assigned by the Local Investigation Committee was 2004-36-0022.

**RESULTS:** About the results obtained, 120 patients fulfilled the inclusion criteria. Women were the predominant gender, with the 63% and a mean age of  $54.8 \pm 16.4$  years, with a range between 19 and 86 years old. By analyzing the information, it was found a variety of 40 clinical diagnosis established by the family physician, whereas the endoscopic diagnosis were a variety of 36, and the variety of hystopathologic diagnosis were 24. The three main clinical diagnosis were gastritis, dyspepsia, and hiatal hernia. The main endoscopic diagnosis, were gastritis, hiatal hernia, and esophagitis. And the main pathology diagnosis, were gastritis and *Helicobacter pylori* infection. By doing the comparison between the diagnosis, in 59 cases, the Family physician have no certainty in the diagnosis, whereas in 50 cases, there was only one correct diagnosis and, in 10 cases there were 2 correct diagnosis, and only in one case, there were 3 correct diagnosis, and that patient was referred to a second level attention.

**CONCLUSIONS:** it was realized that the Family Physician, has poor certainty in establishing the diagnosis of any esophagogastric illness. This is the reason why we consider the importance of exhibit this investigation results, to promote the family physicians to receive constant education about correct diagnosis and treatment for this group of diseases.

**WORDS:** gastroesophageal illness, gastritis, ERGE, hiatal hernia, endoscopy.

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 ANTECEDENTES DE MEDICINA FAMILIAR

#### 1.1.1 EL PAPEL DEL MÉDICO FAMILIAR EN LA ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

La medicina familiar actualmente es considerada como aquella disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y la familia<sup>1,2</sup>. Dentro de las actividades fundamentales que debe realizar en su práctica diaria el médico familiar consiste en la visión preventiva y brindar una educación en salud a sus pacientes<sup>2</sup>.

Uno de los aspectos que no debe olvidar el médico familiar en su práctica diaria es la realización de acciones de prevención y de educación para la salud, lo cual también debe estar ligado al diagnóstico de tratamiento de los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia presentan los pacientes<sup>1,2</sup>.

Durante su ejercicio profesional el médico familiar uno de los problemas a los que se enfrenta es a la salud de sus pacientes en estadios asintomáticos y/o sintomáticos, requiriendo estudiar las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Como consecuencia de lo anterior, con frecuencia debe atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple<sup>2</sup>, ocasionando que en algunos casos se pierda la perspectiva o la sospecha de algunos otros padecimientos.

En el caso particular de este trabajo, se presenta una situación similar, ya que los padecimientos esofagogástricos en la mayoría de las ocasiones dan la misma sintomatología y tan sólo por datos clínicos es difícil discernir entre una u otra patología, de las que se detallará más adelante.

Además en últimas fechas, han aumentado las exigencias por parte de la sociedad, y en caso en particular de los pacientes, la solicitud de que el personal de salud tenga la capacidad de resolución de sus problemas, brindando al mismo tiempo calidad en las prestaciones<sup>3</sup>, elementos que muchas veces no se les da la importancia pertinente debido al excesivo número de pacientes que se tiene establecido para ser atendidos en una consulta externa por el médico familiar.

### **1.1.2. EL MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y SU ENTRENAMIENTO ACADÉMICO**

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas, define como Residente, a aquel profesional de la medicina con título legalmente expedido y que se encuentra registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con la residencia; y ésta última definiéndose como el conjunto de actividades de deba cumplir un médico residente en un periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas<sup>4</sup>.

La especialidad de medicina familiar, se encuentra avalada por la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del PUEM (Plan Único de Especializaciones Médicas), se marcan los requisitos que como mínimo debe cumplir el médico residente de dicha especialidad, así como de los conocimientos médicos que debe tener el médico residente. Hablando específicamente en el campo de la Gastroenterología está determinado que como residente de la especialidad, se debe tener conocimientos acerca de enfermedad ácido péptica y cáncer de tubo digestivo, durante el primer año de la especialidad, sin que en ningún otro apartado se mencionen las enfermedades limitadas al tracto gastrointestinal. En el caso específico de la endoscopia, ésta considerado como estudio específico del tubo digestivo, y se encuentra agrupado dentro de la clasificación de Categoría I, la cual se define como aquella en la que el alumno es capaz de reconocer la necesidad del procedimiento, de practicarlo e interpretarlo en el 90 % de los casos<sup>5</sup>.

Para tener otro punto de referencia de la especialidad de medicina familiar, en el caso del programa que se encuentra establecido en España, considera dentro de los objetivos de aprendizaje de los residentes a los problemas del tracto digestivo y del hígado, considerados dentro de la categoría de prioridad I y un nivel de responsabilidad primario; esto indica que las enfermedades esofagógicas son fundamentales dentro de los conocimientos como médico familiar, para brindar dentro de dicho rubro, una adecuada atención a dichas entidades<sup>6</sup>.

Una vez terminada la especialidad el médico familiar debe saber integrar los principales conocimientos de la medicina actual cuando aborde los problemas de los pacientes sin olvidar la relación que existe entre los componentes biológico, psicológico y social, que puedan estar implicados en la salud de los pacientes<sup>1</sup>.

### **1.1.3. EL I.M.S.S. Y EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS**

La medicina familiar es el pilar de la atención a la salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social, para dar una idea más clara de esto, en el año 2002 se dieron un total 67'413,834 consultas, de las cuales las de

primera vez fueron un total de 30,679,351, y el total de subsecuentes fue de 36,734,483: en general las entidades de mayor demanda son los padecimientos infecciosos, enfermedades crónicas, salud reproductiva y salud mental. Dentro de las veinte primeras causas de la consulta, un total de 842,381, siendo de primera vez 482,533 y subsecuentes 359,848, correspondieron al grupo de las enfermedades clasificadas como gastritis y duodenitis, representando así el 14° lugar de la consulta. En la Delegación Suroeste, a la cual pertenece el Hospital General Regional No. 1 cede en donde se realizó este estudio, en dicho periodo se dieron un total de consultas de 2'098,227 consultas de la cuales de primera vez fueron 703,911 y subsecuentes de 1'394,316. El grupo de las enfermedades donde se encuentra incluida la gastritis es total de consultas fue de 25,134, de primera vez 9,655 y subsecuentes de 15,479, siendo el sexo femenino entre los 20 y los 59 años de edad el grupo etario que más demando consulta por dicha enfermedad<sup>7,8</sup>.

El grupo identificado como otras enfermedades del estómago y duodeno, a nivel nacional dentro del I.M.S.S. se registraron un total de consultas de 282,386 de las cuales de primera vez fueron 143,590 y subsecuentes de 138,796; a nivel Delegacional Suroeste el total de consultas de este grupo de enfermedades fue de 14,487, con 5,152 consultas de primera vez y subsecuentes de 9,335, siendo igualmente el sexo femenino entre los 20 y los 59 años los pacientes más frecuentes<sup>7,8</sup>.

#### 1.1.4. ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS

##### 1.1.4.1 DEFINICIONES

Para poder entender varios términos de los que se van a tratar en este trabajo, es necesario unificar definiciones para así tener una mayor comprensión de los mismos, las cuales se presentan a continuación:

- **Dispepsia funcional:** es la molestia o dolor persistente localizado en la parte alta del abdomen, sin que exista evidencia de enfermedad orgánica que explique los síntomas los cuales incluyen la sensación de plenitud gástrica, la saciedad temprana, la distensión abdominal y la náusea; de etiología variable<sup>9,10,11</sup>
- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico:** El conjunto de síntomas o distintas formas de lesión tisular debido al reflujo patológico del contenido gástrico hacia el esófago<sup>12,13,14</sup>.
- **Esofagitis por reflujo:** es la manifestación orgánica de la enfermedad<sup>10,12,14</sup>.
- **Gastropatía:** Literalmente, es algún tipo de enfermedad gástrica. En algunos casos se emplea para referirse a entidades no neoplásicas con inflamación mínima<sup>9</sup>.
- **Gastritis:** Es la inflamación del estómago<sup>9</sup>.
- **Gastritis Superficial:** Es el término usado para describir a la gastritis activa reciente o crónica, que se concentra en la superficie del epitelio en cierta porción de la mucosa. De acuerdo al Sistema Whitehead se clasifica en: gastritis superficial siendo comparada con la gastritis atrófica<sup>9</sup>.
- **Gastritis Crónica Activa:** Es la inflamación del estómago caracterizada por la presencia simultánea de infiltración de células mononucleares e inflamación neutrofilica polimorfonuclear<sup>9</sup>.

- **Gastritis Antral Difusa:** (Sinónimo: Gastritis predominantemente de antro, no atrófica) Gastritis crónica caracterizada por una infiltración mononuclear de la lámina propia del antro o de la unión cuerpo-antro sin pérdida de glándulas gástricas. El cuerpo puede mostrar inflamación mínima superficial<sup>9</sup>.
- **Gastritis Folicular:** (Sinónimo: Gastritis asociada con *Helicobacter pylori*). Gastritis crónica con un gran número de prominentes folículos linfoides en adición con infiltración mononuclear. Debido a infección por *Helicobacter pylori* regularmente presente<sup>9</sup>.
- **Metaplasia Intestinal:** Es el reemplazo de glándulas por epitelio intestinal. Frecuentemente la metaplasia se encuentra a nivel del fondo gástrico. Dependiendo del tipo de células que se encuentre y del tipo de moco que secreten, la metaplasia severa se clasifica en : (a) Completa, de intestino delgado, o tipo I; (b) incompleta o colónica, o tipos II y III<sup>9</sup>.

#### 1.1.4.2. ETIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS.

Existen reportados múltiples mecanismos los cuales pudieran explicar la sintomatología que refieren los pacientes, a continuación se mencionan algunas de las teorías que dan los expertos. Los mecanismo propuestos para la ocurrencia de las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior son diversos. El suceso iniciador más estudiado, y quizás el más importante, es la distensión del cardias. Otros factores que pueden influir en el grado de reflujo gastroesofágico son la función de las estructuras que rodean al esfínter lo mismo que los factores que pueden cambiar la magnitud de la secreción gástrica de ácido. En algunos pacientes puede haber retraso en el vaciamiento gástrico. Éste retraso puede contribuir a un a mayor reflujo con base en la suposición de que está ocurriendo distensión gástrica prolongada con aumento del contenido luminal y, de manera subsecuente, mayor oportunidad para el reflujo. Alteraciones en la motilidad gástrica también contribuyen a la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico<sup>9,11,12,14</sup>.

#### 1.1.4.3. FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES PARA LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS.

Existen múltiples factores de riesgo que se encuentra en relación con la posibilidad de presentar alguna enfermedad esofagagástrica. En el caso de los pacientes que de manera crónica consumen antiinflamatorios no esteroideos, aproximadamente el 20% de ellos presentan complicaciones a nivel del tubo digestivo, siendo la úlcera péptica la complicación más común<sup>11</sup>.

Otros de los factores que se han asociado con la presencia de dispepsia son el grupo sanguíneo O, la personalidad tipo A, la hipersecreción gástrica heredofamiliar, el tabaquismo, el alcoholismo el tipo de alimentación (café, picante, dietas condimentadas)<sup>11</sup>.



Se ha involucrado al estrés como causa de enfermedad por reflujo, pero se carece de datos críticos que lo comprueben<sup>15</sup>.

#### 1.1.4.4. EPIDEMIOLOGÍA DE ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS.

En México se tiene estimado que la tercera parte de la población tiene síntomas de reflujo, por lo menos una vez al mes, del 5 al 7% tienen síntomas diarios y al parecer sólo el 2% llegan a tener patología endoscópica<sup>13</sup>, sin embargo esto último no tiene mucha relación con lo que se reporta en otros estudios en donde se ha encontrado que en la realización de endoscopias el 100% de éstas se encuentran con alguna patología<sup>16</sup>.

Otro punto de comparación para evaluar el grado de presentación en nuestra población, son las estadísticas del Hospital General de México, el cual menciona que la dispepsia representa la 7ª entidad que demanda atención en la consulta externa, así como la 8ª causa de hospitalización en el servicio de Medicina Interna<sup>11</sup>.

En datos publicados en población de Estados Unidos se estima que hasta el 44% de la población adulta (61 millones de americanos) presentan dolor ardoroso y regurgitación ácida<sup>12,14</sup>.

El reflujo gastroesofágico está muy en relación con la patogenia para esófago de Barrett<sup>12,13</sup>, los datos endoscópicos sugieren que los pacientes que reciben valoración para dicha entidad, tienen una equivalencia aproximada de 10% de esófago de Barrett. Entre los que recurren a tratamientos que no son de prescripción para la pirosis, cerca de 6 % tienen la patología. A pesar de esta prevalencia al parecer alta del trastorno, probablemente sea aún una evaluación bastante eficaz porque la prevalencia de los casos de necropsia es seis veces la reconocida, desde el punto de vista clínico, en la población normal<sup>15</sup>.

#### 1.1.4.5. CUADRO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS

Dentro de la sintomatología que frecuentemente presentan los pacientes y de manera crónica, es la dispepsia la cual a grandes rasgos se clasifica en ulcerosa y no ulcerosa<sup>11</sup>

Existe otra clasificación que es importante mencionarla, la cual se basa en el Grado de Gastritis, que se encuentra de acuerdo con el Sistema Sydney (Tabla 1)<sup>9</sup>.

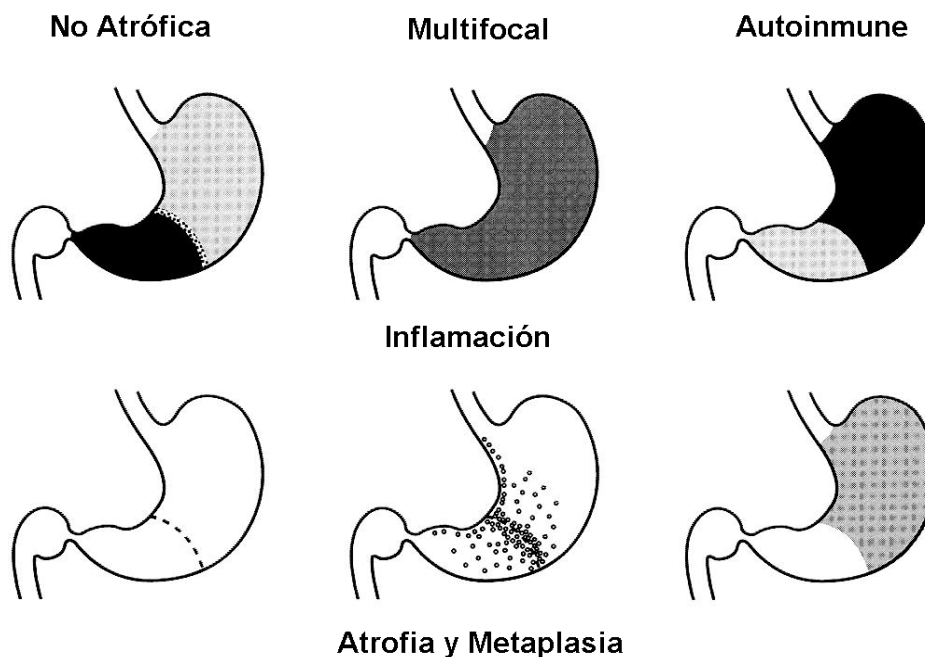
**TABLA 1**  
**CLASIFICACIÓN DE GASTRITIS CRÓNICA BASADA EN LA MORFOLOGÍA TOPOGRÁFICA Y ETIOLOGÍA**

TIPO DE GASTRITIS	FACTORES ETIOLÓGICOS	SINÓNIMOS DE GASTRITIS
<i>No Atrófica</i>	Helicobacter pylori Otros factores probablemente	Superficial Gastritis difusa antral Gastritis antral crónica Intestinal-folicular Hipersecretora Tipo B
<i>Atrófica</i>		
<b>Autoinmune</b>	Autoinmunitaria	Tipo A Corporal difusa Asociada con anemia perniciosa
<b>Atrófica multifocal</b>	Helicobacter pylori Dieta	Tipo B, Tipo AB Metaplasia
<i>Formas Especiales</i>		
<b>Química</b>	Irritación química - Biliar - Antiinflamatorios no esteroideos - Otros agentes	Reactiva Reflujo Antiinflamatorios no esteroideos Tipo C
<b>Radiación</b>	Lesión por radiación	
<b>Linfocítica</b>	Idiopática? Mecanismos inmunes Gluten Medicamentos (ticlopidina) ? Helicobacter pylori	Varioliforme Enfermedad celiaca asociada
<b>Granulomatosa no Infecciosas</b>	Enfermedad de Crohn Sarcoidosis Granulomatosis de Wegener Idiopática	Granulomatosis aislada
<b>Eosinofílica</b>	Sensibilidad a alimentos Otras alérgicas	Alérgica
<b>Otras infecciones gástricas</b>	Bacterias Virus Hongos Parásitos	

Fuente: Dixon M, Path F, Genta R, Yardley J, Correa P. Classification and Grading of Gastritis: The Updated Sydney System. T Am J Surgical Pathol 1996; 20 (10): 1161- 81

Dicha clasificación tiene como objetivo enfatizar la importancia de la relación de la información topográfica, morfológica y etiológica y así poder realizar un diagnóstico clínico más oportuno. Dentro de las características de dicha clasificación se encuentra la terminología que se emplea, así tenemos que hace énfasis entre estómago atrófico y no atrófico; y en general los nombres que se establecieron están acorde con la terminología más frecuentemente empleada por la mayoría de los patólogos y gastroenterólogos (Figura 1) <sup>9</sup>.

**FIGURA 1**



Fuente: MF Dixon, P Genta, J Yardley y cols. Classification and grading of gastritis: The Updated Sydney System. The American Journal of Surgical Pathology 1996, 20 (10):1161-1181.

Con lo que respecta a la sintomatología que presenta la enfermedad por reflujo es muy similar a las entidades descritas anteriormente, la manifestación clínica más frecuente referida por los pacientes es la sensación de quemadura retroesternal o de ardor que puede llegar hasta el cuello, laringe, el postprandio y más aún con la ingesta de cítricos, café, grasa, y alcohol<sup>11,12,13,14</sup>.

Existen signos de alarma que el médico familiar, siempre debe de tomar en cuenta, para una identificación oportuna de los pacientes que requieran ser enviados a segundo nivel, los cuales se enlistan a continuación<sup>10,11,13,14</sup>:

- Edad mayor de 50 años con inicio reciente de los síntomas
- Pérdida de peso reciente e involuntaria mayor de 5%
- Vómito persistente
- Disfagia
- Anemia
- Hematemesis o melena
- Palpación abdominal de adenopatías<sup>10</sup>.

Hablando específicamente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico existen signos y síntomas atípicos que también pueden hacer sospechar el diagnóstico como lo son el asma, dolor retroesternal, tos crónica, pérdida del esmalte dental, inflamación, síntomas iniciales después de los 45 años de edad como regurgitación y sensación quemante retroesternal, laringitis recurrente, estenosis subglótica<sup>12,13,14,15</sup>. Los signos y síntomas que pueden orientar la presencia de complicaciones son: disfagia, saciedad temprana, hemorragia gastrointestinal, anemia por deficiencia de hierro, odinofagia, vómito, disminución de peso, datos que siempre se deben de interrogar intencionadamente<sup>12,14,15</sup>.

Hay que tomar en cuenta que los pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico el 20% presentarán complicaciones que requerirán tratamiento quirúrgico<sup>12,15</sup>.

#### **1.1.4.6. DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS**

En la investigación de la dispepsia la serie esófago gastroduodenal ha demostrado una sensibilidad del 70% cuando es utilizada la técnica de doble contraste, sin embargo existe variación en esta sensibilidad que depende directamente del lugar en donde se realiza el estudio y su utilidad es notoriamente menor en relación con la endoscopia, cuya sensibilidad puede alcanzar el 96%<sup>10,11,12,17,18</sup>.

Otro estudio para realizar el diagnóstico de reflujo gastroesofágico es la monitorización del pH durante 24 horas, el cual en estos momentos no es considerado como estándar de oro, ya que tiene una sensibilidad y especificidad del 70 al 96% , por la posibilidad que se reporten falsos positivos o falsos negativos<sup>11,12,14</sup>.

En el caso de la endoscopia es considerada como el estándar de oro por su alta especificada para el diagnóstico, ya que permite valorar el grado de afectación de la mucosa<sup>12,13,14,19,20</sup>. La gravedad de la esofagitis se clasifica según el tipo de las lesiones y su extensión, habiéndose propuesto varias clasificaciones entre las que destaca la de Savary-Miller, la cual se anexa a continuación en la Tabla 2:

#### **1.1.4.7. TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS**

Modificación de el estilo de vida. Basado en la opinión de los expertos, la modificación del estilo de vida debe ser la primera recomendación a los pacientes y continuar posteriormente la vigilancia de la sintomatología en el caso de los pacientes que no presenten datos de complicaciones. Así como también educar a los pacientes sobre los factores que pueden influir como precipitantes de la sintomatología. La sugerencias a los pacientes debe incluir evitar períodos prolongados entre comidas, evitar comidas ácidas (cítricos y productos con jitomate; alcohol, alimentos con cafeína, chocolate, cebolla, ajo y pimienta), disminución en el consumo de grasas, evitar el recostarse entre 3 a 4 horas posteriores al consumo de alimentos, evitar consumo de medicamentos precipitantes de la sintomatología ( inhibidores de los canales de calcio, beta agonistas, agonistas

alfa adrenérgicos, teofilina, nitratos y algunos sedantes), elevar la cabecera de la cama de 10 a 20 cm, disminución de peso y suspender el hábito de fumar <sup>12,13,14</sup>.

**TABLA 2**

<b>CLASIFICACIÓN DE ESOFAGITIS POR HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS SEGÚN SAVARY – MILLER</b>
<p><b>EROSIONES ESOFÁGICAS SAVARY-MILLER GRADO I:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Erosión solitaria superficial en esófago distal empezando al nivel de la unión escamo-columnar de la mucosa.</li> <li>B) Erosiones solitarias longitudinales con exudado adherente focal.</li> <li>C) Erosiones superficiales y pequeños puntos rojos (touche peptique) en el esófago distal.</li> </ul>
<p><b>EROSIONES ESOFÁGICAS SAVARY- MILLER GRADO II:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Erosiones confluentes a nivel de la unión escamo-columnar.</li> <li>B) Confluencia distal de erosiones longitudinales.</li> <li>C) Erosiones esofágicas distales confluentes, pero no circunferenciales.</li> </ul>
<p><b>EROSIONES ESOFÁGICAS SAVARY- MILLER GRADO III:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Erosión circunferencial al nivel de la unión escamo-columnar.</li> <li>B) Erosión circunferencial más extensa.</li> <li>C) Erosión circunferencial profunda después de miotomía de Sélter.</li> </ul>
<p><b>ÚLCERAS ESOFÁGICAS SAVARY- MILLER GRADO IV:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Ulceración al nivel de la transición del epitelio escamo-columnar.</li> <li>B) Ulceración extensa en el esófago distal.</li> <li>C) Ulceración profunda extensa.</li> </ul>
<p><b>ESTENOSIS ESOFÁGICAS SAVARY- MILLER GRADO V:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Estenosis con evidencia de cambios erosivos en la mucosa.</li> <li>B) Estenosis con desplazamiento excéntrico del lumen y pseudodivertículo fuera del área que rodea la estenosis.</li> <li>C) Áreas de estenosis sin evidencia de daño inducido por reflujo.</li> </ul>
<p><b>APARIENCIA DE LA HERNIA HIATAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Hernia hiatal con herniación obvia de los pliegues gástricos por encima de la impresión diafragmática ( el área de la unión mucosa aparece irregular)</li> <li>B) Hernia hiatal grande con pliegues gástricos que se deslizan sobre la impresión diafragmática.</li> <li>C) Vista en retroversión del cardias con una estructura que semeja una bolsa o cúpula rodeando el endoscopio.</li> </ul>

Fuente: J Wu, F Chan, J Ching, y cols. Empirical treatment based on “typical reflux symptoms is inappropriate in a population with a high prevalence of Helicobacter pylori infection. Gastrointestinal Endoscopy 2002, 55 (4):461-465.

La selección del medicamento se puede basar en la frecuencia y severidad de los síntomas que se presenten. En los pacientes con sospecha de dispepsia funcional, se propone iniciar terapéutica a base de ranitidina a dosis de 150 mg cada 12 horas por seis a ocho semanas, así como el empleo concomitante de procinéticos como la metoclopramida a dosis de 10 mg cada 8 horas; el uso de antiácidos como el gel de

aluminio y magnesio es de poca utilidad. Existe referencia de que la prescripción de sucralfato incrementa la barrera de penetración del ácido a nivel esofágico, sin embargo clínicamente su eficacia es limitada por persistencia de la sintomatología en los pacientes<sup>12,14</sup>.

Otras referencias mencionan que además de iniciar empíricamente el tratamiento a base de antagonistas de receptores H2, con vigilancia durante 8 semanas y si los pacientes refieren continuar con sintomatología como sensación quemante y regurgitación se deben suspender los anteriores e iniciar el tratamiento a base de los inhibidores de la bomba de protones a dosis estándar de 30 a 60 minutos posteriores al consumo de los primeros alimentos del día, durante 8 semanas y revalorar al paciente al paso de dicho lapso de tiempo, teniendo siempre como objetivo el cese de la sintomatología a dosis mínima de medicamentos<sup>12,14</sup>.

Inhibidores de la bomba de protones. Existen referencias que en pacientes con diagnóstico de enfermedad de reflujo gastroesofágico que durante dos semanas en tratamiento a base de antagonistas de los receptores de histamina H2 no presentan disminución de la sintomatología, está indicado el iniciar la terapéutica a base de este grupo de medicamentos, llegando a referir hasta el 83% de los pacientes, en pocas semanas, mejoría. Dentro de este grupo se encuentra el lanzoprazol, omeprazol, pantoprazol, y rabeprazol<sup>12,13,14</sup>.

Tratamiento quirúrgico. Tiene como objetivo conseguir la remisión completa y permanente de todos los síntomas y complicaciones de la enfermedad<sup>14</sup>. Ha demostrado un éxito entre el 92 al 97%, con índice bajo de complicaciones que van de 2 a 5%, con un porcentaje mínimo de mortalidad. Está indicado cuando el tratamiento médico bien llevado, falla, cuando se encuentra asociada la presencia de hernia hiatal grande o cuando hay complicaciones como estenosis, ulceraciones<sup>11,12,13,14</sup>.

#### **1.1.4.8. COMPLICACIONES DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS**

La literatura menciona que las complicaciones más severas se presentan entre los 50 y los 70 años, como lo son la estenosis esofágica y/o gástrica, esófago de Barrett, esofagitis séptica o sangrado<sup>13</sup>.

En el caso de la dispepsia ulcerosa se menciona que puede complicarse con estenosis pilórica, hemorragia de tubo digestivo alto o perforación de víscera hueca. Pueden citarse como úlceras atípicas a la úlcera gigante, la úlcera duodenal post vulvar, las úlceras múltiples, el síndrome de Zollinger-Ellison o las refractarias al manejo médico<sup>11</sup>.

Los datos indican que los pacientes con diagnóstico de esófago de Barrett tienen un riesgo 125 mayor de presentar adenocarcinoma del esófago sobre el de la población normal. El riesgo de cáncer en estos enfermos abarca la incidencia en contraposición con prevalencia. La incidencia, o el número de nuevos casos de cánceres

del esófago que se desarrollan durante un período de observación, es relativamente baja en comparación con los datos previos, y varía desde uno en 50 a 350 pacientes-año, o 1 a 2% por año <sup>15</sup>.

#### **1.1.4.9. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS**

Cambios en el estilo de vida. Se ha observado una diferencia considerable de la sintomatología que presentan los pacientes al realizar cambios en el estilo de vida, los cuales consisten en evitar los alimentos y agentes generadores de reflujo; entre ellos están los alimentos como lo son las bebidas que contienen cafeína o alcohol, chocolate, golosinas compuestas por menta, alimentos ricos en grasas y cebollas crudas. El aspecto que puede considerarse es evitar las comidas con grasas en abundancia y copiosas, en particular antes de acostarse, y abstenerse de fumar. En los pacientes que refieran síntomas nocturnos, indicar la elevación de la cabecera de la cama. Los datos con que se cuenta indican que evitar dormir sobre el lado derecho en a posición de decúbito quizá dé por resultado menos reflujo ácido <sup>11,14,15</sup>.

La reducción de estrés es crucial para la disminución de los síntomas por reflujo, sin embargo esto no significa que disminuya en sí mismo este fenómeno. Lo que puede estar ocurriendo es una reducción de la sensibilidad esofágica y menor percepción de los síntomas, más que una reducción de reflujo en sí <sup>11,15</sup>.

### **1.1.5. LA ENDOSCOPIA**

#### **1.1.5.1 DEFINICIÓN**

La endoscopia es aquel procedimiento que se emplean con fines diagnósticos y terapéuticos en el tracto gastrointestinal, con el empleo de endoscopios típicamente de 11 mm de diámetro, existen nuevos endoscopios, hechos a base de fibra óptica que tienen un diámetro de 5.3 mm, y otras que son los video endoscopios con 5.9 mm de diámetro <sup>20,21,22,23,24</sup>.

La esofagogastroduodenoscopia diagnóstica permite la inspección visual de gran resolución de la parte alta del tubo digestivo desde el esófago hasta la segunda porción del duodeno. Los primeros endoscopios estaban constituidos por haces fibrópticos que transmitían imágenes hasta una pequeña pieza ocular conectada con la porción externa del dispositivo por medio del cual el endoscopista escudriñaba el campo que se veía. Las imágenes eran pequeñas y de resolución limitada. Los instrumentos actuales recurren a chips electrónicos pequeños que permiten una señal electrónica a un procesador de video y proyectan la imagen a monitores de video de alta resolución. El cambio a los dispositivos electrónicos mejoró la resolución, a la vez que permitió reducir el diámetro del endoscopio <sup>22,24,25</sup>.

En la mayor parte de los centros, los estudios endoscópicos se efectúan con anestésicos tópicos aplicados a la bucofaringe en combinación con sedantes administrados por vía intravenosa. La sedación se usa

primordialmente para aliviar la saciedad, porque la endoscopia de la parte alta de las vías gastrointestinales es, de manera característica, un procedimiento indoloro. El empleo sistemático de sedación con el paciente despierto añade un costo considerable al procedimiento, y es un factor contribuyente en una proporción importante de las complicaciones relacionadas con el trastorno <sup>15,24</sup>.

### 1.1.5.2 INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA

La endoscopia en estos momentos es considerado como un método de elección para la investigación de las patologías referentes al tracto gastrointestinal alto, ya que tiene gran exactitud, además de que tiene un índice bajo de complicaciones y es una intervención potencialmente terapéutica <sup>11,12,14,17,20,21</sup>.

Las indicaciones del estudio son diversas, como lo es en el caso de los pacientes que presentan dolor abdominal o hemorragia con origen en tubo digestivo alto, también se encuentra indicada en la investigación y diagnóstico de las lesiones malignas esofagogástricas, así como también en la paliación de la disfagia resultante de causas malignas y benignas <sup>12,15</sup>.

En la investigación de la dispepsia la serie esófago gastroduodenal ha demostrado una sensibilidad del 70% cuando es utilizada la técnica de doble contraste; mostrando una diferencia significativa con la endoscopia la cual muestra una sensibilidad hasta del 96% <sup>10,11,16,17,24,26</sup>.

En el caso de nuestro país en el año de 1999, Sánchez y cols., realizaron un estudio enfocado en el diagnóstico y tratamiento oportunos de la infección por *Helicobacter pylori*, sin embargo arroja datos importantes para nuestro estudio, como lo son que la realización de la endoscopia en todos los pacientes que se incluyeron en el estudio, se encontraron alteraciones macroscópicas en la mucosa a través de la biopsia; en el 50% de los pacientes se diagnóstico gastritis crónica moderada, el 20% con gastritis crónica leve, 22% con gastritis folicular leve, de gastritis folicular intensa en el 8%, y el 32% con úlcera activa <sup>12,25</sup>.

En el caso de Mohar y cols. determinaron la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer gástrico a través de endoscopia, el cual reportó los siguientes hallazgos: del 98 al 100% presentaron gastritis aguda o crónica no atrófica, del 54 al 60% gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal del 50% y displasia leve o moderada del 13% <sup>18</sup>. Demostrándose así la sensibilidad y especificadas de la histopatología para demostrar lesiones hísticas de un 100% <sup>25</sup>.

Otras de las lesiones que frecuentemente se encuentran en la panendoscopia con estudio histológico es la subepitelial extraluminal como entidades benignas. En el caso de las lesiones malignas que presentan más incidencia de diagnóstico por endoscopia, en esófago es al cáncer esofágico; y a nivel de estómago se

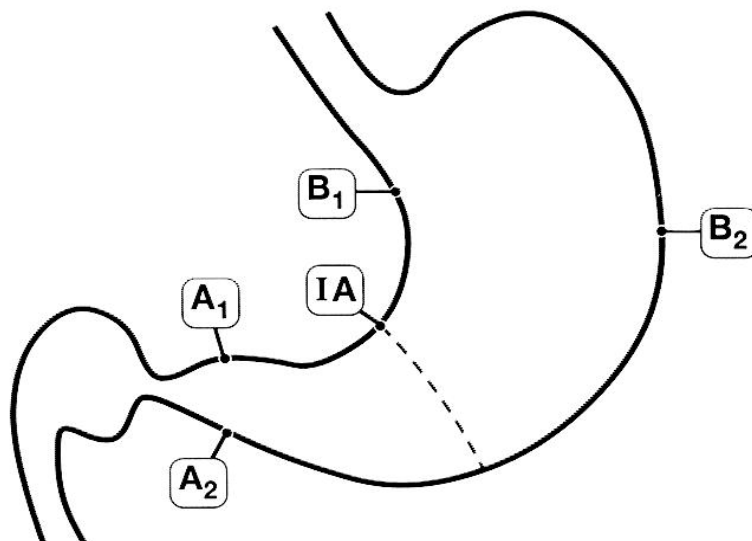


diagnóstica linfomas no Hodgking’s y el cáncer gástrico el cual representa del 10 al 15% de los tumores sólidos a nivel mundial. La endoscopia presenta una sensibilidad del 81 % para el diagnóstico de cáncer gástrico <sup>12,18,19,22</sup>

En el siguiente esquema se muestran los sitios que se recomiendan para la toma de las biopsias durante la realización de la endoscopia, estableciendo que para un diagnóstico más certero se deben de tomar 5 biopsias, dos del antro a 2 ó tres centímetros del píloro, una de la parte distal de la curvatura menor y otra de la porción distal de la curvatura mayor, y las dos últimas a 8 centímetros aproximadamente del cardias, siendo una sobre la curvatura mayor y otra sobre la menor, y una de la incisura angulares (Figura 2) <sup>10,12,29</sup>

La aplicación de nuevas terapias láser endoscópicas permiten la destrucción del epitelio columnar metaplásico en el esófago, seguido de una reepitelización escamosa del esófago aunado a una supresión intensa de ácido a través de tratamiento a base de inhibidores de la bomba de protones, haciendo reversible el esófago de Barrett, siendo lo anterior una de las aplicaciones terapéuticas aparte de la diagnóstica que permite la endoscopia <sup>13,25,29</sup>

**FIGURA 2**



Fuente: MF Dixon, P Genta, J Yardley y cols. Classification and grading of gastritis: The Updated Sydney System. The American Journal of Surgical Pathology 1996, 20 (10):1161-1181.

### 1.1.5.3 COMPLICACIONES DE LA ENDOSCOPIA

En pacientes con cáncer esofágico o con metástasis al mismo que se encuentran provocando estrechez de la luz, en algunos casos está indicado la colocación de endoprótesis, requiriendo la realización de dilatación

durante el procedimiento, durante lo cual se han presentado perforaciones aproximadamente en el 14% de los casos, sin embargo la mayoría de las complicaciones son secundarias a la prótesis misma y no a la endoscopia <sup>20,27,28</sup>.

En la literatura no se mencionan las complicaciones más frecuentes en el momento de realizar la endoscopia, si embargo por ser un procedimiento invasivo es de esperarse que en algunas ocasiones si se presenten, pero por el momento no podemos mencionar ni el tipo ni la frecuencia de las mismas.

#### **1.1.5.4 COSTO-BENEFICIO DE LA REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA**

Delaney y cols, en el año 2000, publicaron un estudio de casos y controles el cual tenía como objetivo determinar el costo-beneficio, en pacientes con dispepsia, la realización de la endoscopia de primera instancia en pacientes mayores de 50 años de edad; en dicho estudio concluyen que la realización de la endoscopia como primera instancia si se encuentra justificada, ya que a los pacientes se les puede brindar una terapéutica dirigida y disminuir la indicación indiscriminada de antiácidos <sup>18</sup>.

#### **1.1.6. *Helicobacter pylori***

##### **1.1.6.1 GENERALIDADES.**

Los padecimientos del tracto digestivo que tienen como efecto causal común, es la infección por *Helicobacter pylori*, es una bacteria Gram negativa móvil, no encapsulada ni esporulada, que mide aproximadamente 0.5 a 1  $\mu$  de ancho por 1.5 a 4  $\mu$  de largo y presenta una forma espiral. Otras de las características que presenta es que es microaerofílica y requiere de una atmósfera con elevada humedad. El tiempo que requiere para su desarrollo es aproximadamente de cinco a 10 días. Su modo de transmisión es por la vía oral-oral y fecal-oral, así como por la ingestión de agua, bebidas o alimentos contaminados, e inclusive por la convivencia con gatos <sup>15,19,22,32</sup>.

La patogenia por la presencia de la infección de *Helicobacter pylori* aún no está totalmente aclarada, ya que a pesar de ser una infección tan frecuente no todas las personas desarrollan algún síntoma de enfermedad <sup>32</sup>.

##### **1.1.6.2. CUADRO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN POR *Helicobacter pylori***

El curso clínico de la infección por *Helicobacter pylori* es muy variable y se encuentra influenciado por las características del microorganismo y otros factores. La historia natural de la enfermedad, que en este caso es la infección por *H. pylori*, usualmente se adquiere durante la infancia; en el caso de la infección aguda se produce una hipocloridia transitoria y raramente es diagnosticada. En el caso de una gastritis crónica se continúa el desarrollo del microorganismo en las personas colonizadas, de las cuales el 80 al 90% pueden encontrarse asintomáticas. Los pacientes que cursan con elevación del ácido, presentan gastritis principalmente antral, lo que

puede ser factor predisponente para úlcera duodenal. En el caso de los pacientes con niveles bajos de ácido más frecuentemente presentan gastritis en el cuerpo del estómago, lo que los predispone a presentar úlcera gástrica y en algunos casos crónicos, pero raramente desarrollan carcinoma gástrico <sup>15,19,31,32</sup>.

En las úlceras gástricas y duodenales se ha documentado la presencia de *H. pylori* en el 60% y 80% de los casos respectivamente <sup>8,9,10,15,19,31,32</sup>, en el resto el principal factor asociado es la ingesta de antiinflamatorios no esteroideos. Sin embargo, la prevalencia de *H.pylori* en lo pacientes con dispepsia funcional es semejante a la población general, por lo que existe controversia sobre el papel del microorganismo como responsable de los síntomas de estos casos <sup>8,9,10,15,19</sup>. Es evidente que una vez que se erradica la presencia del microorganismo disminuye drásticamente la recurrencia de la asociación de úlceras pépticas con *H. pylori*, y en el caso de la dispepsia hasta en un 9% de los pacientes disminuyen los síntomas significativamente. <sup>15,19,32</sup>.

### 1.1.6.3 DIAGNÓSTICO DE *Helicobacter pylori*

La infección por *H. pylori* se puede llevar a cabo a través de métodos no invasivos e invasivos, entre estos últimos se encuentra la biopsia gástrica; sin embargo la selección de la mejor prueba para realizar el diagnóstico va a depender mucho de la sintomatología que presenten los pacientes <sup>19,25,26,31,32</sup>.

Para realizar el diagnóstico de dicha bacteria existen múltiples opciones. En el cultivo se encuentra colonias circulares, lisas, convexas, no pigmentadas y translúcidas, de aproximadamente 0.5 a 1 mm de diámetro. El cultivo como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 80 al 90%. Otra de las características principales de esta bacteria es la capacidad de producir ureasa. De las pruebas diagnósticas indirectas se encuentran las pruebas bioquímicas que la identifican son la oxidada, catalasa, ureasas y fosfatasa alcalina. En el caso de la prueba de la ureasa, es positiva en 98 al 100%, por lo que se considera como una de las pruebas más específicas en la actualidad. Otras técnicas que se puede emplear es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), Western-Blot, amplificación del DNA, transcripción reversa (RT-PCR) y el análisis de la variabilidad genómica y polimorfismos mediante la secuencia de productos de PCR. Indiscutiblemente, todas las técnicas anteriores tienen la mayor sensibilidad y especificidad, sin embargo son muy poco accesibles en nuestro medio <sup>15,19,22,32</sup>.

También se pueden emplear algunos métodos inmunológicos, para la cuantificación de anticuerpos versus *Helicobacter pylori* en suero. La mayoría de los pacientes infectados manifiestan títulos elevados de anticuerpos IgG, IgA e IgM, dirigidos contra determinantes antigénicos de *Helicobacter pylori* <sup>15,31,32</sup>.

#### 1.1.6.4. COMPLICACIONES DE LA INFECCIÓN POR *Helicobacter pylori*

En múltiples estudios se reporta una relación directa en la infección por *Helicobacter pylori* como factor predisponente para el desarrollo de enfermedades a nivel del tracto digestivo, así se encuentra una relación de 55% en el caso de gastritis, 95% en las úlceras duodenales y en 75% de las úlceras gástricas <sup>15,22,31,32</sup>.

La lesión que muy frecuente se identifica histológicamente es la gastritis crónica activa superficial e infiltrado inflamatorio <sup>19,22</sup>.

#### 1.1.6.5 MORTALIDAD E INFECCIÓN POR *Helicobacter pylori*

Dentro de las entidades que podemos mencionar que se pueden presentar como complicaciones a largo plazo es el cáncer de estómago, el cual es considerado como la segunda causa de muerte en pacientes que fallecen por tumores malignos en México. Actualmente el cáncer de estómago es considerado como un problema de salud pública. Se estima que anualmente se diagnostican alrededor de 800,000 nuevos casos de esta neoplasia. Dicho cáncer se encuentra precedido por lesiones preneoplásicas incluyendo la gastritis crónica superficial, gastritis crónica atrófica, la metaplasia intestinal y la displasia. Además de que se encuentra una importante asociación entre la infección crónica por *Helicobacter pylori* y el cáncer gástrico <sup>15,19,26,32</sup>.

Sin embargo uno de los problemas que enfrenta México, es que para muchas patologías existe poca información sobre la presencia de condiciones preneoplásicas en población de alto riesgo con infección por *Helicobacter pylori* y la respuesta a tratamiento específico; de ahí que una de las metas de este trabajo es establecer la frecuencia en nuestra población es estudio, y así poder brindar un tratamiento específico y pronóstico.

#### 1.1.6.6 TRATAMIENTO PARA ERRADICACIÓN DE *Helicobacter pylori*

La combinación de dos o más agentes antimicrobianos favorece la erradicación del microorganismo y disminuye los riesgos de la resistencia selectiva por el mismo. Los principales antimicrobianos empleados son amoxicilina, claritromicina, metronidazol, tetraciclina y bismuto. Éste último en presentación de tabletas de 120 mg, se recomienda tomar una tableta con los alimentos y al acostarse, siendo 4 dosis en total al día durante por lo menos 14 días <sup>22,26,29,31</sup>. Diversos estudios han confirmado que el tratamiento diario en dos tomas durante 7 días a base de 20 mg de omeprazol, seguidos de 7 días con 1 gramo de amoxicilina y 500 mg de claritromicina o con 400 mg de metronidazol y 250 mg de claritromicina. Sin embargo aún existe controversia de la cual es la mejor combinación de medicamentos, ya que un buen tratamiento de erradicación depende de muchos factores como el apego al tratamiento por parte del paciente, las diferencias geográficas y la resistencia los mismos antimicrobianos. Así como también existe controversia en la duración del tratamiento que va desde 7 hasta 21 días <sup>15,19,32</sup>.

De los factores que contribuyen a la dificultad para la erradicación de la bacteria, es que los antibióticos son menos eficaces sobre las bacterias sésiles (adheridas), que sobre bacterias en suspensión y en el caso de *Helicobacter pylori* se encuentra fijo a las células de la mucosa gástrica al menos un 20% . Además otro factor es la presencia del glucocalix de la bacteriana que puede actuar como barrera para algunos antibióticos; por lo tanto el antimicrobiano ideal para la erradicación no se ha encontrado aún <sup>22,26,32</sup> .

En últimas fechas se han creado vacunas tanto para la prevención y la infección por la bacteria, sin embargo aún se encuentran en fase de experimentación, se encuentran hechas a base de la ureasa A y la B <sup>32</sup> .

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La sintomatología correspondiente a alguna de las enfermedades esofagogástricas es muy frecuente en la población, Heidelbaugh y cols, estiman que el 44% de la población adulta norteamericana presentan dispepsia, y por lo menos una vez al mes llegan a presentar reflujo gastroesofágico, el 14% de dicha población los síntomas los presentan con una frecuencia semanal, y el 7% de estos pacientes los síntomas que llegan a presentar son diarios<sup>22</sup>.

Sánchez y cols<sup>12</sup> mencionan que en nuestra población, el grupo de las enfermedades esofagogástricas. se encuentran dentro de las 10 principales causas de demanda de atención en la consulta externa en el primer nivel

Una de las situaciones más frecuentes que se viven a diario en la consulta de primer nivel, es la presencia de pacientes tienen el diagnóstico de alguna enfermedad esofagogástrica, y sin embargo algunos de ellos no cuentan con algún protocolo de estudio y/o seguimiento adecuados de acuerdo a la sintomatología que presentan. Aunado a la anterior, el tratamiento que llegan a tener prescrito médicamente no es el adecuado, y mucho menos se llega a tener una vigilancia de los posibles efectos adversos que pudieran presentar, al tener la administración de manera crónica de algunas de las alternativas terapéuticas.

Una de las causas por las cuales en nuestro país no exista un registro adecuado de este grupo de enfermedades, puede estar en relación con el inadecuado estudio que se les realiza a los pacientes, lo cual comprende desde la semiología, exploración física y la falta de apoyo en estudios de laboratorio y gabinete para que se realice la corroboración del diagnóstico presuntivo.

Todo lo anterior en conjunto puede tener como resultado que los pacientes no presenten ninguna mejoría en la sintomatología, teniendo el riesgo de presentar en algún momento complicaciones propias de la enfermedad en cuestión, factores que pueden estar muy en relación con una inadecuada semiología de los síntomas que presentan los pacientes, lo cual puede modificarse al proporcionar una capacitación continua de los médicos encargados de brindar la atención en el primer nivel, que corresponde a los médicos familiares.

El tratamiento que algunas veces se les indica a los pacientes ni es el indicado, además de no estar completamente justificado su empleo, no considerando en algunos casos los efectos adversos que pudieran presentar los pacientes, por una indicación médica mal fundamentada.

Particularmente en la consulta externa del Servicio de Gastroenterología del Hospital General Regional No.1 “Gabriel Mancera”, no se tiene el registro de cuales son las enfermedades por las cuales el médico familiar justifica o solicita valoración por el especialista, así como tampoco se tienen datos de los pacientes en los cuales



en verdad se justifica dicha valoración o que tanta congruencia se tiene en los diagnósticos que establece el médico familiar.

De ahí la importancia de mostrar a través de esta investigación la frecuencia de las enfermedades esofagogástricas que presentan los pacientes que son remitidos a segundo nivel al Servicio de Gastroenterología en el Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera, además de analizar si existe certeza del diagnóstico clínico que establece el médico familiar en comparación con los hallazgos endoscópicos e histopatológicos.

### **3. JUSTIFICACIÓN:**

Hasta este momento no se tiene un registro adecuado de cuales son los diagnósticos por los cuales se envía a los pacientes para valoración por el servicio de Gastroenterología, ubicado en el Hospital General Regional No 1 “Gabriel Mancera”, además de que tampoco se tiene un análisis de los pacientes en los cuales se justifica la remisión a segundo nivel, lo cual reflejaría el empleo de los recursos institucionales tiene, ya que pueden existir casos en los que se tenga alguna sospecha diagnóstica con respecto al establecer el diagnóstico de ciertas enfermedades esofagogástricas, sin embargo en estos casos pudiera también presentarse la situación de que no se realice de manera adecuada el protocolo de estudio de los pacientes.

De acuerdo con lo anterior, a través del empleo de un estándar de oro, como están reconocidos los de estudios endoscópicos como métodos diagnósticos, esto respaldado por la alta sensibilidad y especificidad que tienen; al realizar la comparación de ambos diagnósticos junto con el histopatológico, se puede llegar a conocer la certeza que se tiene a primer nivel por los médicos familiares al establecimiento de las enfermedades en cuestión.

Esto con el objeto de mostrar que tanta congruencia existe por parte de los médicos familiares, en el momento de establecer diagnósticos correspondientes al tracto gastroesofágico, ya que en caso de que dicha certeza sea baja, se podrá conocer cuáles son los diagnósticos en los cuales se tiene más error.

El llegar a conocer lo planteado anteriormente permite saber cuáles son las deficiencias al establecimiento de diagnósticos de este grupo de enfermedades, y así promoverla capacitación, esto con objetivo final de brindar una atención médica de los pacientes más adecuada, oportuna, lo cual se reflejará a nivel institucional con el empleo adecuado de los recursos humanos y materiales.



#### **4. OBJETIVOS:**

##### **4.1 OBJETIVOS GENERALES**

Identificar cuáles son las patologías esofagogástricas más frecuentes que se diagnostican por el médico familiar, la endoscopia e histopatología, en pacientes pertenecientes al Servicio de Gastroenterología en el Hospital General Regional No1 Gabriel Mancera.

##### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

**4.2.1.** Analizar cuáles son las características generales de los pacientes incluidos en este estudio.

**4.2.2.** Identificar cuáles son las Unidades de Medicina Familiar que más pacientes refieren a segundo nivel con diagnóstico de alguna enfermedad esofagogástrica.

**4.2.3.** Cuantificar la frecuencia de las entidades nosológicas del tracto esofagogástrico diagnosticadas clínicamente por el médico familiar, y por las cuales son remitidos a segundo nivel para valoración por el servicio de Gastroenterología.

**4.2.4.** Conocer que tipos de enfermedades esofagogástricas presentan los pacientes a los cuales se les realizó panendoscopia con toma de biopsias e interpretación de las mismas por el servicio de patología.

**4.2.5.** Analizar el grado de certeza que tiene el Médico Familiar al establecer el diagnóstico de alguna de las enfermedades esofagogástricas, en comparación con los resultados obtenidos por endoscopia e histopatología.

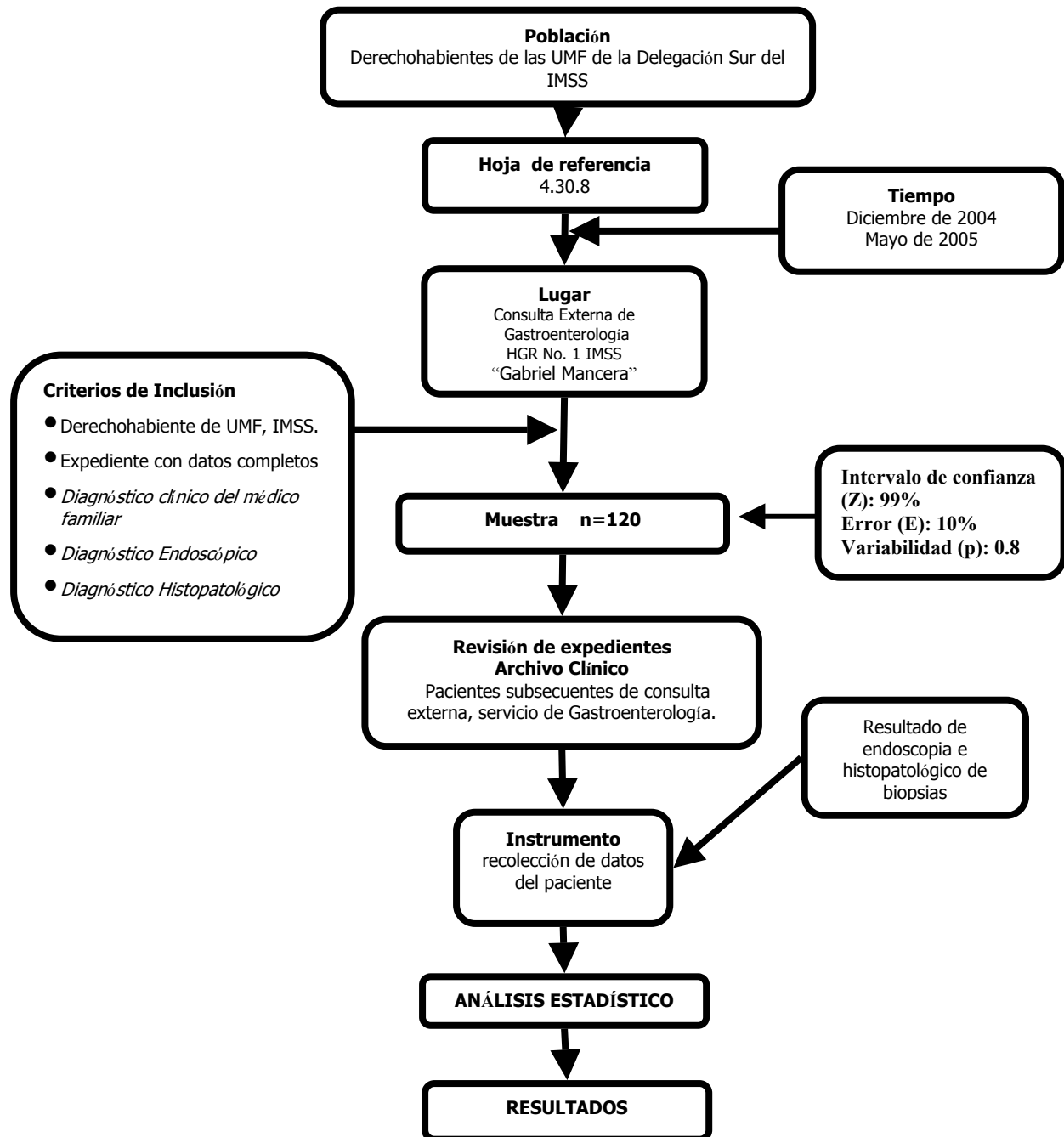
#### **5 MATERIAL Y MÉTODOS:**

##### **5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

- Por el proceso de causalidad es: RETROSPECTIVO.
- Por el número de poblaciones estudiadas es: DESCRIPTIVO.
- Por el control sobre las variables es: OBSERVACIONAL.
- Por el número de mediciones de una misma variable es: TRANSVERSAL.

5.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO:

**“ CERTEZA EN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LAS ENFERMEDADES ESOFAGOGÁSTRICAS QUE ESTABLECE EL MÉDICO FAMILIAR EN COMPARACIÓN CON EL ENDOSCÓPICO ”**



### 5.3. POBLACIÓN O UNIVERSO:

Los datos que se obtuvieron para este estudio fueron captados de los expedientes de pacientes subsecuentes de la consulta externa del servicio de Gastroenterología del Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera, y que inicialmente fueron remitidos por el médico familiar con algún diagnóstico correspondiente al tracto gástrico y/o esofágico. Se realizó una vigilancia de cada uno de los casos incluidos que cumplieran con los criterios de inclusión que se mencionan en el apartado 5.5.1.

#### 5.3.1. UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

En los meses de noviembre de 2004 a marzo de 2005, se realizó la captación de los pacientes que se encuentren en la consulta externa correspondiente al servicio de Gastroenterología del turno matutino y vespertino en el Hospital General Regional No.1 Gabriel Mancera. A través de la revisión en un inicio de las hojas diarias de consulta externa y los pacientes que tenían diagnóstico de alguna enfermedad esofagogástrica establecida por el especialista, en este caso el gastroenterólogo; se procedió a la revisión directa de los expedientes de cada uno de los pacientes y los que cumplieron con los criterios de inclusión de este trabajo, se realizó el llenado del formato de captación de datos de pacientes (Anexo 2). Los expedientes de los pacientes que no contaron con todos los datos que se requerían para el llenado del formato, no fueron tomados en cuenta, para formar parte de la muestra en este trabajo.

### 5.4. MUESTRA

El tamaño de muestra se calculó de acuerdo a los siguientes indicadores:

- Intervalo de confianza (Z): 99%
- Error (E): 10%
- Variabilidad (p): 0.8

La siguiente fórmula fue la que se empleó:

$$n = \frac{\frac{z^2 q}{e^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[ \frac{z^2 q}{e^2 p} - 1 \right]}$$

Fuente: Gómez C, Irigoyen C, Ponce R. Bases para la investigación en las Especialidades Médicas. Ed Medicina familiar Mexicana, México 1999. pp 67.

- n<sub>0</sub>**= Primera aproximación al tamaño de la muestra.
- Z**= Valor de probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra.
- p y q** = Valor de probabilidad de éxito o fracaso.
- E**= Error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad.

Al realizar el cálculo se obtuvo una muestra de 106 expedientes, sin embargo se le agregó un 10% para asegurar las estimaciones del muestreo.

## 5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

### 5.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes subsecuentes que se encontraron en la consulta externa en el turno matutino y vespertino de Gastroenterología en HGR No. 1 Gabriel Mancera.
- Pacientes que tenían en su expediente formato de referencia-contrarreferencia realizada por el médico familiar, y que por lo menos tenían el diagnóstico por el cual se solicitaba la interconsulta al servicio de Gastroenterología.
- Pacientes que contaban con el diagnóstico de una patología que se correspondiente al tracto gastroesofágico.
- Pacientes a los que el expediente clínico contaba con todos los datos necesarios para llenar completamente el formato de datos de pacientes (Anexo 2)
- Pacientes que contaban con resultado de panendoscopia.
- Pacientes con panendoscopia que incluía toma de biopsias.
- Pacientes que contaban con el reporte de histopatología.

### 5.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no contaron con resultado histopatológico de las biopsias obtenidas por la panendoscopia.
- Pacientes con antecedente de algún tipo de procedimiento quirúrgico de esófago y/o estómago (por ejemplo gastrostomía).
- Pacientes con diagnóstico previo a la realización del estudio de :
  - a) Enfermedad vesicular
  - b) Síndrome de colon irritable
  - c) Enfermedad hepática
  - d) Malabsorción intestinal
  - e) Intolerancia a la lactosa
- Pacientes que habían recibido en el último año tratamiento para erradicación de *Helicobacter pylori*, con cualquier esquema.
- Pacientes que presentaron alguna complicación durante la panendoscopia.
- Pacientes que se encontraban embarazadas en cualquier trimestre de la gestación.

### 5.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes de los que no se hayan recopilado todos los datos elementales para incluirse dentro de las variables.

## 5.6 VARIABLES

En el Anexo 1 se incluyen cada una de las variables que fueron incluidas en este estudio. En la primera columna se puede apreciar que se encuentra el nombre de la variable, específicamente en la cuarta y quinta columnas se incluye la definición conceptual y operacional, respectivamente. En la última columna se muestran los variables o códigos que se dio a cada una de las variables en el momento de incluir los datos obtenidos y realizar la base de datos de los mismos.

## 5.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES:

A continuación se muestran las variables que se consideran como principales para la realización de este estudio:

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

**Diagnóstico Clínico:** Es aquel diagnóstico establecido por el médico familiar y que se encuentra en la hoja de referencia a especialidad.

**Diagnóstico Endoscopia:** Hallazgos que se encuentran durante la realización de panendoscopia.

**Diagnóstico Histopatológico:** Diagnóstico que el servicio de Patología establece al realizar análisis de las biopsias obtenidas por endoscopia

### DEFINICIÓN OPERACIONAL:

**Diagnóstico Clínico:** Es aquel diagnóstico establecido por el médico familiar y que se encuentra en la hoja de referencia a especialidad

**Diagnóstico Endoscopia:** Hallazgos macroscópicos que se encuentran durante la realización de panendoscopia.

**Diagnóstico Histopatológico:** Diagnóstico establecido por el patólogo a través del estudio microscópico de las biopsias obtenidas por endoscopia de los pacientes incluidos dentro del estudio.

## 5.8. DISEÑO ESTADÍSTICO:

El propósito de realizar este estudio fue el conocer la certeza que tiene el médico familiar al establecer el diagnóstico de alguna enfermedad esofagogástrica en comparación con un método diagnóstico que es la endoscopia, la cual es considerada en estos momentos el estándar de oro para las enfermedades esofagogástricas, además de tener además el respaldo de el resultado que dio por patología el análisis de las biopsias. Se llevo a cabo el estudio total de 120 casos, a los cuales solamente se realizó una medición, pero la cual fue suficiente para la obtención completa de los datos requeridos para el estudio. El tipo de variables que se midieron fueron cualitativas, empleando una escala de medición de tipo nominal. De acuerdo a la gran variabilidad que se obtuvo de la diversidad de cada uno de los tipos de diagnósticos, únicamente se realizó el análisis de los datos de tipo descriptivo.

### 5.9. FUENTES E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Se creo un instrumento con el objetivo de obtener la información de una manera organizada, rápida y completa de los datos necesarios para la realización de esta investigación. En la sección 1 está constituida por la identificación general y algunos datos geográficos de los pacientes. La segunda sección es donde se incluyen los antecedentes personales patológicos y factores de riesgo del paciente en cuestion. Y en la tercera parte es donde se incluyeron los diagnósticos clínico, endoscópico e histopatológico. En la última sección, que es la cuarta se pueden anexar notas que pudieran ser necesarias para complementar los datos del paciente, y que no se encuentren incluidas en de las secciones anteriores. Se muestra en el Anexo 2.

### 5.10. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La hoja de reporte diaria de la consulta externa de gastroenterología se revisó, y todos los pacientes que tenían registrado algún diagnóstico referente a alguna enfermedad esofagogástrica se registró el nombre y número de afiliación. Una vez con la información anterior, se solicitó apoyo por parte del área de Archivo Clínico para la localización de los expedientes de la relación de los pacientes que previamente ya se había realizado. Se analizó cada uno de los expedientes, y los cuales cumplieron con los datos necesarios, se llevó a cabo el llenado del instrumento de recolección de datos (Anexo 2), previamente estructurado.

Una vez teniendo el tamaño de muestra cubierta, se analizaron todos los datos, agrupándose a los pacientes por sexo, grupo etario, diagnóstico clínico, diagnóstico endoscópico y el histopatológico. Se realizaron gráficos para el análisis de la información obtenida.

### 5.11. MANIOBRAS PARA EVITAR O CONTROLAR SESGOS:

**Sesgos de selección:** Los casos que fueron captados, la manera de seleccionarlos no fue aleatoria, por lo que se consideró que aquellos pacientes que fueran incluidos en este estudio en verdad cumplieran de manera estricta con los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados en los apartados 5.5.1 y 5.5.2.

**Sesgos de información:** Se considera que este tipo de sesgo no se pudo controlar debido a que la información que se obtuvo de los expedientes, no se tuvo la oportunidad de corroborarla con cada uno de los pacientes, sin embargo se sabe que la información que se encuentra en los expedientes tiene validez institucional y oficial.

**Sesgos de medición:** Este tipo de sesgo fue controlado de manera parcial ya que se incluyeron datos de la endoscopia, la cual es considerada como estándar de oro como método diagnóstico para este grupo de

enfermedades, sin embargo cabe mencionar que en el servicio de endoscopia, la interpretación de los estudios se realiza por varios especialistas, lo que podría originar cierta variedad en el reporte de los estudios; y la misma situación se presenta en el caso del servicio de patología.

**Sesgos de análisis:** Debido a que se hace el empleo de estadística descriptiva en este estudio, no se hace ninguna manipulación de las variables, por lo tanto este tipo de sesgo es nulo.

## **5.12. PRUEBA PILOTO:**

Se realizó una prueba piloto en la consulta externa del servicio de Gastroenterología, en la que se incluyeron 20 pacientes, la cual consistió en la entrevista directa con los pacientes que fueron remitidos a segundo nivel por alguna de las clínicas de medicina familiar correspondientes a la Delegación Sur del IMSS, y que además contaban ya con reporte de panendoscopia e histopatología de las biopsias realizadas durante el estudio previamente mencionado. En dicha actividad se observó que en el momento de la captación de la información de los pacientes, el tiempo que se requería para dicho procedimiento fue más del que se tenía programado, así como también un gran número de pacientes no contaban con los criterios de inclusión, factor que también favorecía la dificultad para la captación de los pacientes. Motivos por los cuales se decidió que el procedimiento a seguir fue la revisión de las hojas de registro de la consulta externa, realizándose un registro de todos aquellos pacientes que contarán con algún diagnóstico de enfermedad esofagogástrica. Posteriormente se solicitó apoyo al servicio de archivo clínico para la revisión de los expedientes de los pacientes previamente seleccionados, y todos aquellos que contarán con criterios de inclusión, se llevó a cabo el llenado del formato de la información de los pacientes.

## **5.13. PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS:**

### **5.13.1 PLAN DE CODIFICACIÓN DE LOS DATOS:**

Para el análisis estadístico de las variables que se incluyeron en este estudio, se dieron valores a las posibles alternativas de cada variable. En el Anexo 1 se muestra en la columna 1 el nombre de cada una de las variables y en la sexta columna se incluyen los valores que se dio a cada una de las variables.

### **5.13.2 DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LA BASE DE DATOS:**

El Anexo 1 representa la base de datos que se diseñó para su uso en el programa SPSS versión 12, dicha base de datos incluye el nombre completo de la variable, el tipo de variable, la escala de medición, además de la definición conceptual y operacional, además de los valores o códigos que se utilizaron para cada una de las variables.

### 5.13.3 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos se describirán mediante medidas de tendencia central, de resumen y de dispersión si son variables de tipo cuantitativas, en el caso de variables cualitativas se obtendrán medidas de resumen.

### 5.14 CRONOGRAMA

En el siguiente esquema se muestran las actividades que se llevaron a cabo durante la realización de este estudio; los números que se encuentra en la primera fila representan cada mes, mientras que el la primera columna se hace mención a cada actividad en particular.

<b>ETAPA / ACTIVIDAD</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<i>Etapa de planeación del proyecto</i>	X	X										
<i>Marco teórico</i>		X	X	X	X	X						
<i>Material y Métodos</i>			X	X	X	X						
<i>Registro y autorización del proyecto</i>				X								
<i>Prueba piloto</i>				X	X							
<i>Etapa de ejecución del proyecto</i>					X	X	X					
<i>Recolección de datos</i>						X	X	X	X			
<i>Almacenamiento de los datos</i>							X	X	X	X		
<i>Descripción de los resultados</i>							X	X	X	X		
<i>Discusión de los resultados</i>								X	X	X		
<i>Conclusiones del estudio</i>										X	X	
<i>Integración y revisión final</i>										X	X	
<i>Reporte final</i>											X	X
<i>Autorizaciones</i>												X
<i>Impresión del trabajo final</i>												X
<i>Solicitud de examen de tesis</i>												X



## **5.15 RECURSOS HUMANOS MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIEROS DEL ESTUDIO:**

### **5.15.1 RECURSOS HUMANOS:**

- ❑ Apoyo por el servicio de Endoscopia del HGR No.1 Gabriel Mancera del IMSS.
- ❑ Apoyo por el servicio de consulta externa de Gastroenterología del HGR No.1 Gabriel Mancera del IMSS.
- ❑ Asesoría por la Coordinación de Investigación del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina, UNAM.
- ❑ Asesoría por parte del Coordinador de Investigación y Enseñanza de la UMF No 28. Gabriel Mancera del IMSS.
- ❑ La investigación y realización de este trabajo está a cargo de la residente titular de tesis.

### **5.15.2 RECURSOS MATERIALES:**

- ❑ Un paquete de hojas tamaño oficio para la captación de los datos de cada uno de los pacientes.
- ❑ Material diverso de papelería (tres paquetes de hojas blancas, plumas, lápices, marcados de texto, gomas, grapas, carpetas para archivar, cuaderno, 1 paquete de diskettes para almacenamiento, etc).
- ❑ Equipo de computo con impresora y, programas como Word, y SPSS Versión 12

### **5.15.3 RECURSOS FÍSICOS:**

El estudio de investigación se realizó en las instalaciones correspondientes a la consulta externa del servicio de Gastroenterología del Hospital General Regional No 1 Gabriel Mancera, y archivo clínico correspondiente a dicha unidad.

### **5.15.4 RECURSOS FINANCIEROS:**

Se encontrarán a cargo de la autora de tesis, proporcionando lo suficiente para la culminación satisfactoria de este trabajo.

## **5.16 ASPECTOS ÉTICOS:**

Uno de los rubros que en toda investigación se realice es el aspecto ético, con el objetivo de que la dignidad y el bienestar de las personas que se encuentren involucradas como paciente se asegure<sup>33</sup>.

Uno de los puntos que también se tomaron en cuenta fueron las recomendaciones que establece la Declaración de Helsinki, que en su segundo apartado menciona específicamente a la Investigación de tipo clínica la cual se encuentra justificada su realización, siempre y cuando tenga valor diagnóstico como en este caso, para el paciente; así como también en el tercer apartado en donde se recomienda que en todo momento se proteja la

vida y salud de los pacientes incluidos, situación que se también se cumplió durante la realización de esta investigación.<sup>34</sup>

Cuando se realiza alguna investigación en la que se encuentran involucrados seres humanos es necesario tener un adecuado control de las actividades con el fin de evitar riesgos para la salud de los mismo, de ahí que la Secretaría de Salud en el año de 1984 a través de la consolidación del Sistema Nacional de Salud se creó la Ley General de Salud en donde se encuentra un apartado dedicado a establecer los lineamientos y principios generales a los cuales toda investigación médica se debe de someter<sup>33</sup>.

Como en este estudio no se encuentra en riesgo la integridad física de los pacientes, ya que únicamente se trabajó con los datos incluidos en los expediente clínico, no se requiere que el paciente autorice la inclusión de su caso a esta investigación, lo cual también se encuentra apoyado en el Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en donde se incluye una clasificación por tipos de estudios y dentro de la Categoría I, se encuentran aquellos estudios de investigación sin riesgo, por ser de tipo retrospectivo y que no se tiene alguna manipulación de variables, ya sean de tipo fisiológico, psicológico o social<sup>33</sup>.

Esta investigación además se sometió a evaluación y aprobación por el Comité de Investigación Local correspondiente a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” del IMSS, con registro 2004-36-0022.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 SEXO DE LOS PACIENTES

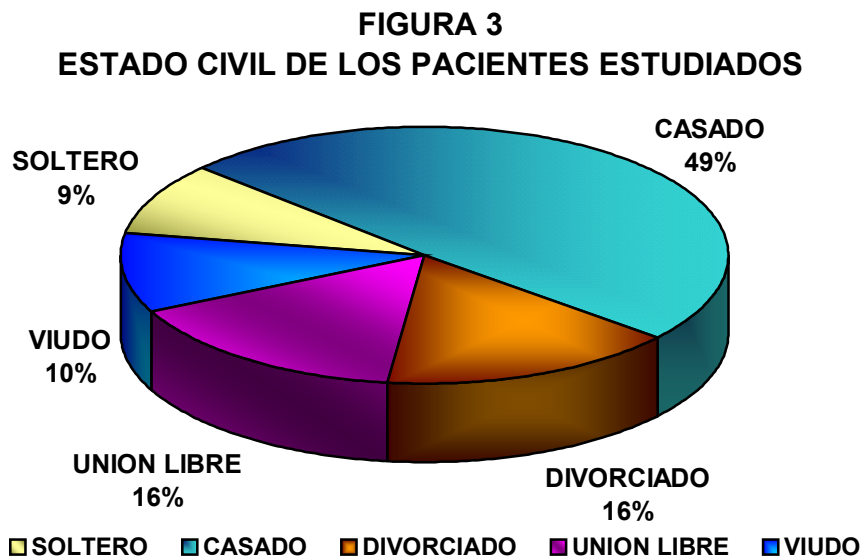
En este estudio se tuvo una muestra total de 120 pacientes de los cuales el sexo femenino fue el que predominó, siendo un total de 76 pacientes, que representan el 63.3% de la muestra total, mientras que del sexo masculino fueron 44 pacientes.

### 6.2 EDAD

La edad promedio de los pacientes fue de  $54.8 \pm 16.4$  años con rango de 19 a 86 años

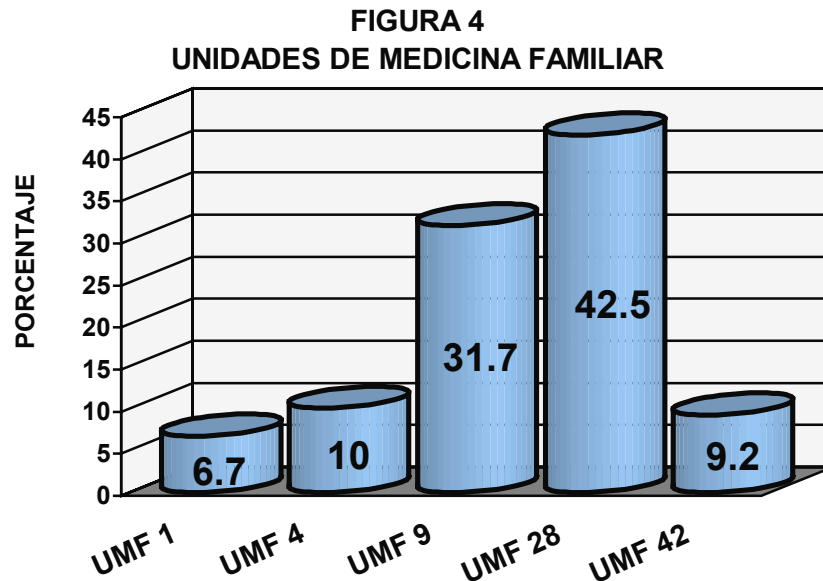
### 6.3 ESTADO CIVIL

Se observó que más del 49% de los pacientes fueron casados, el estado civil de unión libre y divorcio se encontraron con un 16% cada uno y en menor porcentaje la viudez. Figura 3



### 6.4 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE PROCEDENCIA

La distribución que tuvieron los pacientes de acuerdo con la unidad de medicina familiar de donde fueron referidos al servicio de Gastroenterología en el Hospital General Regional No 1 Gabriel Mancera, estuvo distribuido como se muestra en el siguiente gráfico (FIGURA 4).



### 6.5 TIEMPO DE EVOLUCIÓN

El 52% de la población incluida en este trabajo se encontró que el tiempo de evolución de la sintomatología fue de 6 meses a 1 año, y en el 30% de los casos fue mayor de un año.

### 6.6 FACTORES DE RIESGO.

Se encontró el tabaquismo positivo en el 31% de los pacientes, y en el caso del alcoholismo fue menos frecuente, con positividad en el 24% de la población, ambos factores se encontraron positivos en 22 pacientes, que representan el 18.3%.

### 6.7 TRATAMIENTO

El 61.7 % de los pacientes que son remitidos a segundo nivel ya contaban con algún esquema de tratamiento, siendo el más frecuente a base de ranitidina (38%) y en segundo lugar el omeprazol en un total de 26 pacientes (23%); la distribución y tipo de tratamiento se muestra en la Tabla 3.

**TABLA 3**  
**TRATAMIENTOS INDICADOS POR EL MÉDICO FAMILIAR**

MEDICAMENTO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
<b>Ranitidina</b>	43	38.1%
<b>Omeprazol</b>	26	23 %
<b>Metoclopramida</b>	22	19.5 %
<b>Gel De Aluminio Y Magnesio</b>	7	6.2 %
<b>Butilhioscina</b>	4	3.5 %
<b>Pantoprazol</b>	4	3.5 %
<b>Sucralfato</b>	2	1.8 %
<b>Trimebutina</b>	2	1.8%
<b>Senosidos Ab</b>	1	0.9 %
<b>Tiritrapida</b>	1	0.9%
<b>Ampicilina</b>	1	0.9 %

### 6.8 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

La variedad en el diagnóstico clínico establecido por el médico familiar fue de 40 diagnósticos con los que fueron enviados los pacientes a segundo nivel, siendo el más frecuente la gastritis representando el 20% de los pacientes y en segundo lugar fue la hernia hiatal en 36 casos (30%), el resto de los diagnósticos de acuerdo a número de pacientes y el porcentaje que representaron se muestra en la siguiente Tabla. 4

**TABLA 4**  
**DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Gastritis</b>	41	20.3
<b>Hernia hiatal</b>	36	17.8
<b>Enfermedad ácido péptica</b>	29	14.4
<b>Reflujo gastroesofágico</b>	17	8.4
<b>Esofagitis</b>	16	7.9
<b>Úlcera péptica</b>	11	5.5
<b>Helicobacter pylori</b>	8	4.0
<b>Sangrado de tubo digestivo</b>	7	3.5
<b>Otros</b>	37	18.2

### 6.9 DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO

Los diagnósticos esdoscópicos tuvieron una variedad de 36. El diagnóstico establecido por endoscopia más frecuente fue el de gastritis representando el 11.7% del tipo crónica; el segundo diagnóstico más frecuente fue la hernia hiatal en el 21% y como tercer diagnóstico es la esofagitis de diversos grados que en conjunto representan el 8.3%, el resto de los diagnósticos se incluyen en la Tabla 5 que se encuentra a continuación.

**TABLA 5  
DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS**

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Gastritis</b>	170	40.5
<b>Hernia hiatal</b>	88	21.1
<b>Esofagitis</b>	35	8.3
<b>Reflujo gastroesofágico</b>	33	7.9
<b>Duodenitis</b>	30	7.1
<b>Úlcera péptica</b>	18	4.3
<b>Esófago de Barret</b>	10	2.4
<b>Otros</b>	35	8.4

### 6.10 DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

Con lo que respecta a los diagnósticos que se confirmaron por histopatología, a través de las biopsias que se realizaron en el momento de la endoscopia, el diagnóstico principal que se estableció fue el de gastritis y en segundo lugar la infección por *Helicobacter pylori* en casi el 14% de los pacientes. Se tuvo una variedad de 24 diagnósticos, sin embargo el porcentaje del resto de los diagnósticos representa menos del 10%. En la siguiente Tabla 6 se presentan los diagnósticos más importantes.

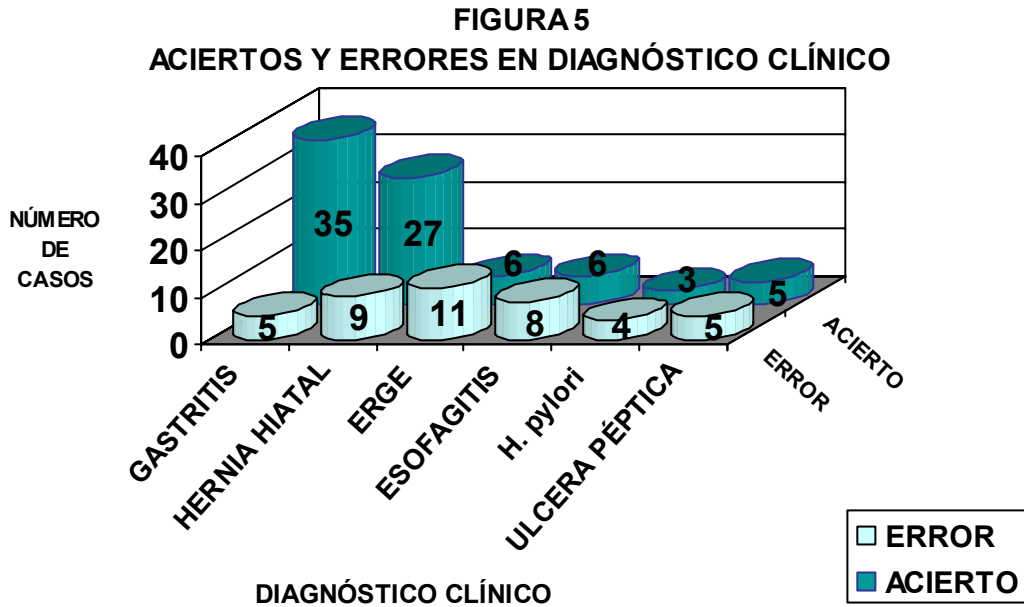
**TABLA 6  
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO**

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Gastritis</b>	200	69
<b>Helicobacter pylori</b>	40	13.8
<b>Úlcera péptica</b>	26	4.5
<b>Esofagitis</b>	13	4.5
<b>Metaplasia intestinal</b>	8	3.4
<b>Esófago de Barret</b>	6	2.1
<b>Pólipo</b>	4	1.4
<b>Candidiasis esofágica</b>	2	0.7
<b>Adenocarcinoma ulcerado</b>	2	0.7
<b>Leiomioma esofágico</b>	1	0.3

### 6.11 ASOCIACIÓN DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN COMPARACIÓN CON DIAGNÓSTICOS DE GABINETE.

Los casos de aquellos pacientes que se remitieron a segundo nivel, contaban con uno hasta cuatro diagnósticos que fueron establecidos por el médico familiar. El mayor porcentaje de certeza del diagnóstico clínico en comparación con el endoscópico fue en 22 casos en los que se estableció un diagnóstico clínico que se

corroboró por endoscopia; el resto de los pacientes que también se refirieron con un diagnóstico, que fueron 39 casos no resultó el mismo que por la endoscopia.



En la Figura 5 se muestra gráficamente los diagnósticos más frecuentes, con los cuales se remitieron los pacientes a la especialidad de gastroenterología; también se muestra en número de casos los que se corroboraron y/o se descartaron, a través del empleo como estudio auxiliar de diagnóstico la endoscopia. Se observa que los diagnósticos de gastritis y hernia hiatal, fueron en los cuales se obtuvo un mayor número de aciertos. En el caso de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es en el cual se observó el mayor número de errores diagnósticos.

En los casos de aquellos pacientes que fueron remitidos con dos diagnósticos, se encontró que en 15 casos fueron erróneos y sólo en 4 casos se acertó a los dos diagnósticos. Pacientes a los que se refirieron con tres diagnósticos sólo en un caso se tuvo certeza en los tres diagnósticos, mientras que en 6 pacientes únicamente se corroboraron dos diagnósticos, y en siete casos se acertó a un sólo diagnóstico; se encontró que en cinco casos a los que no se acertó a ningún diagnóstico con el que fueron remitidos a segundo nivel.

En los casos a los que se refirieron a segundo nivel con cuatro diagnósticos solamente en dos casos se acertó a uno de los cuatro diagnósticos. Con todo lo referido anteriormente se obtuvo que en 59 casos (49%) en los que no se tuvo certeza entre el diagnóstico clínico establecido por el médico familiar con el endoscópico, en 50 casos (41%) solamente hubo acierto en un diagnóstico, mientras que en 10 casos (8.3%) se tuvo la certeza del diagnóstico cuando fueron referidos con dos diagnósticos, y un solo caso se tuvo la certeza en los tres diagnósticos.

## 7. DISCUSIÓN

Las enfermedades esofagogástricas se encuentran dentro de las primeras diez causas por las que los pacientes se presentan a consulta en un primer nivel<sup>7</sup>, datos que podemos comparar con la población americana en donde menciona Heidelbaugh y colaboradores que el 44% de la población adulta alguna vez en su vida ha referido sintomatología de tipo dispepsia, de los cuales el 7% presentan sintomatología diaria<sup>12</sup>, por lo que es necesario que el médico familiar se encuentre bien capacitado para diagnosticar, además de dar un tratamiento oportuno y adecuado a la patología específica que presente cada uno de los pacientes.

Los síntomas que habitualmente refieren los pacientes son dispepsia y reflujo esofágico<sup>35</sup>. Existen varias definiciones, sin embargo la primera de acuerdo al Institut for Clinical Systems Improvement (ICSI) en las Guías de Atención a la Salud, la definen como la presencia en todos los hombres y las mujeres no embarazadas, dolor o malestar a nivel del tracto digestivo alto que se presenta en por lo menos el 25% de los días en un lapso de 4 semanas; y en el caso de enfermedad de reflujo gastroesofágico como síntoma predominante de regurgitación ácida<sup>10,36,37</sup>.

En los pacientes con este tipo de patologías se recomienda la realización de un seguimiento de acuerdo a la sintomatología que se esté presentando, en el caso de dispepsia en pacientes que cuenten con los datos de alarma que se mencionaron anteriormente se puede proceder a iniciar un tratamiento empírico, de acuerdo a las recomendaciones de ICSI, quienes consideran que los medicamentos de primera línea son los Agonistas de Receptores para Histamina-H2, como lo son la Cimetidina (400 mg dos veces al día u 800 mg por la noche), Ranitidina 150 mg al día o 300 mg por la noche), Famotidina (40 mg cada 12 hrs u 80 mg por la noche) y Nizatidina (150 mg dos veces al día o 300 mg una vez al día)<sup>37</sup>, por un lapso de cuatro a semanas, tiempo durante el cual se ha demostrado que el 70% de los pacientes presentan respuesta satisfactoria<sup>12</sup>. En caso de que el grupo anterior de medicamentos, en un lapso de dos semanas no se obtenga una adecuada respuesta es conveniente el cambio de esquema a algún Inhibidor de la Bomba de Protones, como Esomeprazol (40 mg al día), Lanzoprazol (30 mg al día), Omeprazol (20 mg al día), Pantoprazol (40 mg al día) y Rabeprazol (20 mg al día), pero este grupo de medicamentos está más indicado en pacientes en los que se sospecha enfermedad por reflujo gastroesofágico<sup>21,14,37</sup>, los datos anteriores en comparación a los que se obtuvieron en este estudio la Ranitidina fue el medicamento que en más del 38 % de los pacientes lo tenían indicado, pero en un gran porcentaje por un tiempo más prolongado del que determinan las guías.

Además es indispensable que en aquellos pacientes en quienes se sospecha cuentan con alguna enfermedad esofagogástrica se les indique la modificación en el estilo de vida<sup>35</sup>, por lo menos un lapso de 4 semanas<sup>10,11,12</sup>; pero siempre y cuando no se sospeche de la presencia de úlcera péptica y/o los pacientes presenten síntomas de alarma<sup>36</sup>. Otros de los factores que se deben tener como objetivos para modificar es la



obesidad, el tabaquismo<sup>35</sup>, siendo este último positivo en el 31% de los pacientes que se incluyeron en nuestro estudio.

Los conflictos a los que se puede enfrentar el médico familiar es ante la presencia de un cuadro clínico con síntomas atípicos, como lo pueden ser disfagia, distensión abdominal, dolor torácico de origen no cardíaco, dispepsia y dolor abdominal; o también los pacientes puedan estar cursando con síntomas extraesofágicos como lo son sinusitis, otitis media, tos crónica, laringitis o pólipos en cuerdas vocales, asma, o la recurrencia de fibrosis pulmonar<sup>35</sup>.

Fox y cols mencionan que uno de los puntos importantes que debe de considerar el médico familiar en pacientes que cuentan con el diagnóstico de alguna enfermedad esofagogástrica es la identificación oportuna de datos de alarma que nos pueden orientar de la presencia de alguna complicación, los cuales son: presencia de anemia, disfagia, hematemesis, melena, vomito persistente (de 7 a 10 días) y disminución de peso de aproximadamente el 5%<sup>10,12</sup>. La importancia de lo anterior, radica en que existen estudios en donde se ha documentado una fuerte relación que existe entre el reflujo gastroesofágico y el desarrollo de adenocarcinoma esofágico u otras complicaciones<sup>35,41</sup>, tal es el caso en que en nuestro estudio se identifico un solo paciente con diagnóstico por histopatología de adenocarcinoma, lo cual se encuentra por debajo al porcentaje que se reporta en la literatura en general. .

Es por eso que múltiples asociaciones de gastroenterología a nivel internacional, han establecido múltiples algoritmos de diagnóstico y tratamiento como guía para los médicos de primer nivel, y así tener un mejor seguimiento de los pacientes, obteniendo con ello, a largo plazo un menor número de complicaciones<sup>10,11,12,19,35,37</sup>.

Actualmente existen varios autores en los que realizan estudios comparativos de métodos diagnósticos, determinando para cada uno de ellos tanto la especificidad con la sensibilidad ante enfermedades esofagogástricas; tal es el caso de Dooley y colaboradores quienes mencionan en su estudio, publicado en 1984, la determinación de la diferencia entre la radiología con bario y la endoscopia, en donde el primero obtuvo una sensibilidad de 54% con especificad de 91%, y el segundo con 100% y 91% respectivamente<sup>37</sup>, de ahí que la endoscopia actualmente se considere el estandar de oro dentro del protocolo diagnósticos de las enfermedades esofagogástricas<sup>12,13,17,19,20,35,36,38</sup>, los datos anteriores nos corroboran la importancia de que se den a conocer a los médicos que se encuentran en primer nivel, ya que en caso de no tener acceso a la endoscopia, se puede apoyar con la serie esofagogastrroduodenal.

Nina y colaboradores mencionan que en el 2000 se realizó un estudio similar al nuestro, en población italiana, en el cual se realizó una correlación entre el diagnóstico clínico, endoscópico e histopatológico, con la

diferencia que se realizaron grupos comparativos con y sin reflujo gastroesofágico, ambos con control endoscópico e histopatológico pre y postratamiento médico, obteniendo una diferencia significativa entre los grupos<sup>36</sup>. En nuestro caso a pesar de no tener grupos comparativos observamos que sólo el 8% de nuestra población presentaron diagnóstico endoscópico de reflujo gastroesofágico; mientras que el 7.5% de los reportes de histopatología reportaron gastropatía secundaria a sales biliares, lo cual retoma importancia al considerar que existen evidencias en estudios multicéntricos en los que se menciona el reflujo gastroduodenal, juega un papel importante en el desarrollo de esofagitis, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico<sup>36</sup>.

Otro de los datos que están por debajo de la incidencia que refiere la literatura con respecto a esófago de Barrett, reportándola del 7-10 % de los pacientes con reflujo gastroesofágico crónico<sup>36</sup>, tanto los reportes por endoscopia e histopatología reportaron apenas positivo en 2% de nuestra población.

Con respecto a la infección por *Helicobacter pylori*, se obtuvo positiva en el 14 % de los pacientes; en la literatura se menciona una prevalencia de hasta 50% en la población normal de más de 40 años<sup>41</sup>; la importancia de descartar la colonización de la mucosa gástrica por ésta bacteria radica en su potencial para causar gastritis crónica y así representar un factor predisponente como cancerígeno, como lo determinó en 1994 la Organización Mundial de la Salud<sup>40,41</sup>. En 1998, Sánchez y colaboradores realizaron el primer estudio en nuestra población con respecto a diferentes métodos diagnósticos que se pueden emplear para la detección de esta bacteria, en donde se demostró la alta sensibilidad y especificidad del método histopatológico. En comparación con el estudio que realizó Ocadiz en el Hospital General de México, en 2005, demostró que el 95% de los pacientes con hallazgos endoscópicos de gastritis crónica contaban concomitantemente con infección por *Helicobacter pylori*, además de que identificaron cuales son las cepas infectantes en la población mexicana, que fueron urea (+), cagA (+) y/o vacA (+). La importancia de diagnosticar oportunamente infección por *Helicobacter pylori*, radica en que largo plazo a los pacientes tendrán una disminución importante de datos clínicos de síndrome dispéptico, gastritis y úlcera péptica, lo que a nivel institucional también se traduce en menor costo tanto en tratamiento y estudios diagnósticos<sup>22</sup>.

## **8. CONCLUSIONES**

En este estudio se incluyó un total de 120 pacientes, en los cuales predominó el sexo femenino, con una edad promedio de 54 años; dichos pacientes que fueron captados en el segundo nivel de atención en la consulta externa de Gastroenterología del Hospital General Regional No 1 “Gabriel Mancera”, del I.M.S.S., contaban con algún tipo de diagnóstico correspondiente al tracto esofagogástrico, siendo la gastritis, hernia hiatal y enfermedad ácido péptica los tres principales diagnósticos de referencia. Al obtener los resultados de la interpretación de la endoscopia, método que se empleó como auxiliar diagnóstico, se obtuvo una variedad de 36 diagnósticos, de los cuales los tres principales fueron gastritis, hernia hiatal y esofagitis en diferentes grados, y con lo que respecta a las biopsias interpretadas la variedad de diagnósticos que se tuvo fue de 32, los tres principales diagnósticos están representados por gastritis, *helicobacter pylori* y úlcera péptica. Dentro de los puntos que hay que discutir, es que de acuerdo con los resultados de el diagnóstico clínico establecido en los pacientes, y el que se obtuvo de el resultados de las endoscopias, la hernia hiatal junto con la gastritis y el enfermedad esofagogástrica ocupan los primeros lugares. Sin embargo lo que hay que mencionar es que un gran número de pacientes que fueron remitidos a segundo nivel, ya contaban con estudios de gabinete previos, principalmente serie esofagogastroduodenal por la cual se puede establecer el diagnóstico de hernia hiatal, lo cual lo podríamos considerar como sesgo dentro de los resultados, ya que nos hace pensar que el diagnóstico está establecido por estudios de gabinete y no tanto por la semiología adecuada y completa que debe de realizar el médico familiar.

Una de las variables que también se estudiaron son el tabaquismo y el alcoholismo que estuviera presente en los pacientes, siendo el tabaquismo más frecuente en comparación del segundo; se encontraron a 22 pacientes que tuvieron tabaquismo y alcoholismo positivos al mismo tiempo; lo que nos habla que hay que reforzar más la educación de los pacientes con respecto a medidas higiénico-dietéticas, ya que con que alguno de estos factores se encuentre presente, puede contribuir muy importantemente a la sintomatología que refieran los pacientes, aún cuando el tratamiento que estén recibiendo sea el adecuado. Y si aunado a esto recordamos que una de las funciones primordiales del médico familiar es la prevención de las enfermedades lo cual se encuentra muy de la mano con la educación de los mismo, por lo que muy probablemente sea un factor que hay que reforzar en los pacientes.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Gallo V, Altisent T, Díez E, Fernández S, Foz IG, Granados M, et al. Perfil profesional del médico de familia. *Aten Prim* 1999; 23 (4): 236 - 48.
2. Bonal P, Gil G, Martín Z, Pinto H. La Medicina de Familia como área de conocimiento. *Aten Prim* 1999;23 (3): 151-74.
3. Narro R. *XL Medicina familiar*. En: Soberon G, Kumate J, Laguna G, La salud en México: Testimonios 1988. Tomo IV Especialidades Médicas en México. ed Biblioteca de la Salud. México; 1989; p 239-52.
4. Norma Oficial Mexicana de Residencias. NOM-090-SSA1-1994
5. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Plan Único de Especialidades Médicas, Medicina Familiar. 2ª ed. México, 1998.
6. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. España, 2002.
7. División Técnica de Información Estadística en Salud. Motivos de consulta en Medicina Familiar en el IMSS, 1991-2002, *Rev Med IMSS* 2003; 41 (5):441- 48.
8. URL: [www.imss.gob.mx/dmp/dtiesdb/Sv1/001/003\\_001\\_001.aspx?ISer=1](http://www.imss.gob.mx/dmp/dtiesdb/Sv1/001/003_001_001.aspx?ISer=1)
9. Dixon M, Path F, Genta R, Yardley J, Correa P. Classification and Grading of Gastritis: The Updated Sydney System. *T Am J Surgical Pathol* 1996; 20 (10): 1161- 81.
10. Oviedo M, Galindo M, Ángeles C. Cap 8 Enfermedades Crónicas. Guía Clínica para la Atención de la Dispepsia Funcional.[6 pantallas]  
URL:<http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/GuiasClinicas/EnfermedadesCrónicas/DispepsiaFuncional/dispepsiafuncional.html>
11. Hospital General de México. Guías. Dispepsia..  
URL:<http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/pdf/guias/dispepsia.pdf>.
12. Heidelbaugh JJ, Nostrant TT, Kim C, Harrison V. Management of Gastroesophageal Reflux Disease *Am Fam Physicians* October 2003; 68 (7):1311- 22.
13. Hospital General de México. Guías Diagnóstico Cirugía General. Hernia Hiatal 2005 [3 pantallas]. URL: [http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/pdf/guias/reflujo\\_gastro.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/pdf/guias/reflujo_gastro.pdf)

14. Hospital General de México. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (Hernia Hiatal) [3 pantallas] URL: [http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/pdf/guias/reflujo\\_gastro.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/pdf/guias/reflujo_gastro.pdf)
15. Clínicas Médicas de Norteamérica, Avances en Gastroenterología 2000; 5. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana.
16. Rabeneck L, Wristers K, Soucek J, Ambriz E. Impact of upper endoscopy on satisfaction in patients with previously uninvestigated dyspepsia. *Gastrointets Endosc* 2003; 57 (3):295-99.
17. Roger JC, Cooper GS, Wong RCK, Sivak MV, Chak A. Effectiveness of open-access endoscopy in routine primary-care practice. *Gastrointets Endosc* 2003; 57 (2):183-86.
18. Delaney BC, Wilson S, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn A, et al. Cost effectiveness of initial endoscopy for dyspepsia in patients over age 50 years: a randomized controlled trial in primary care. *The Lancet* December 2000; 356:1965-69.
19. Talley NJ. Dyspepsia: Management guidelines for this millennium (carta). *GUT* May 2002; 50 Supl IV:72-78.
20. Van Dam J, Brugge WR. Endoscopy of the Upper Gastrointestinal Tract. *N Engl J Med* December 1999; 341 (23):1738-47.
21. Veldhuyzen van Zanten SJO. Assessment of outcome in dyspepsia: has progress been made?. *GUT* 2002; 50 Supl IV:23-25.
22. Sánchez G, Ramírez B, Zárate N, Mendoza R, López G, Marquez V. Diagnóstico y tratamiento oportunos de la infección por *Helicobacter pylori*; solución a un problema de salud. *Rev Mex Patol Clín Ene-Marzo* 1999; 46 (1): 4-13.
23. Navarrete C, Castillo C, Reyes C, Sáenz R, Wayne JD. Latin-American Gastrointestinal Endoscopy Training Center. *Gastrointets Endosc* 2003; 57 (1):145-46.
24. Sonnenberg A. Waiting lines in the endoscopy unit. *Gastrointets Endosc* 2000; 52 (4):517-24.
25. Mohar A, Ley Catherine, Guarner J, Herrera-Goepfert R, Sánchez L, Halperin D, et al. Alta frecuencia de lesiones precursoras de cáncer gástrico asociadas a *Helicobacter pylori* y respuesta al tratamiento, en Chiapas, México. *Gac Méd Méx* 2002; 138 (5): 405-10.

26. Suerbaum S, Michetti P. Medical Progress: *Helicobacter pylori* infection. N Engl J Med October 2002; 347 (15):1175-86.
27. Nelson DB. Infectious disease complications of GI endoscopy: Part I, endogenous infections. Gastrointets Endosc 2003; 57 (4):546-52.
28. Nelson DB. Infectious disease complications of GI endoscopy: Part II, exogenous infections. Gastrointets Endosc 2003; 57 (6):695-710.
29. Wu JCY, Chan FKL, Ching JYL, Leung W, Lee Y, Sung JJY. Empirical treatment based on “typical” reflux symptoms is inappropriate in a population with a high prevalence of *Helicobacter pylori* infection. Gastrointets Endosc 2002; 55(4):461-65.
30. The American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Paris Workshop. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. Gastrointets Endosc December 2003; 58 Supl 6:3-26.
31. Versalovic J. *Helicobacter pylori*. Pathology and Diagnostic Strategies. Am J Clin Pathol 2003; 119:403-412.
32. Morales EM, Castillo RG, López VY, Cravioto A. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. *Helicobacter pylori*, [22 pantallas] [URL:http://www.microbiologia.org.mx/microbioenlinea/CAPITULO\\_15/Capitulo15.pdf](http://www.microbiologia.org.mx/microbioenlinea/CAPITULO_15/Capitulo15.pdf).
33. Secretaria de Salud. Dirección General de Asuntos Jurídicos. Dirección General de Investigación y Desarrollo Tecnológico. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 1987:1-37.
34. Asociación Médica Mundial. 52ª Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la Investigación Biomédica, donde participan seres humanos. Escocia, Octubre 2000.
35. Fox M, Forgacs I. Gastro-oesophageal reflux disease. BMJ January 2006;332:88-94.
36. Ocádiz D, Sobrino C, García G, Marroquín C, Hernández M, Gariglio. Relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y el desarrollo de metaplasma en pacientes con gastritis crónica. Bioquímica Ene-Marzo 2005;30 (1):13-22.



37. Zsikla V, Hailemariam S, Baumann M, Mund M, Schaub N, Meier R, et al. Increased Rate of *Helicobacter pylori* Infection Detected by PCR in biopsias UIT Chronic Gastritis. Am J Surg Pathol February 2006; 30(2):242-48.

# 10. A N E X O S



### ANEXO 1 VARIABLES

NOMBRE COMPLETO DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES DE VARIABLE O CÓDIGOS
<b>Nombre del Paciente</b>	Cualitativa	Nominal (textual)	Nombre con el cual se identifica al paciente	Nombre del paciente	Nombre del paciente
<b>Número de Afiliación</b>	Cualitativa	Continúa	Número de registro como derechohabiente a IMSS	Número de registro como derechohabiente a IMSS	0000-00-0000-0 0
<b>Clínica</b>	Cualitativa	Nominal (textual)	Nombre y número de la clínica correspondiente como derechohabiente	Nombre y número de la clínica correspondiente como derechohabiente	1. UMF No. 1 2. UMF No. 4 3. UMF No. 9 4. UMF No 28 5. UMF No 42
<b>Turno</b>	Cualitativa	Nominal	Horario que es asignado al paciente para recibir consulta	Horario que es asignado al paciente para recibir consulta	Matutino Vespertino
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Continúa	Edad cronológica del paciente	Edad cronológica del paciente desde su nacimiento hasta la realización del estudio, que comprende desde los 25 a los 65 años de edad.	(1) 25-34 años (2) 35-44 años (3) 45-54 años (4) 55-65 años
<b>Sexo</b>	Cuantitativa	Nominal (dicotómica)	Genotipo del paciente	Genotipo del paciente determinado biológicamente.	(1) Masculino (2) Femenino
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa	Nominal	Estado en el cual es paciente es reconocido por la sociedad de manera legal	Estado legal que el paciente refiera presentar en el momento de la captación de los datos.	(1) Soltero (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a) (4) Unión libre (5) Viudo (a)
<b>Tiempo de evolución</b>	Cualitativa	Nominal	Tiempo de presentación del cuadro clínico	Es el tiempo de que ha transcurrido desde que el médico familiar establece el diagnóstico de alguna enfermedad referente al tracto digestivo superior. Los pacientes para ser incluidos deben de cumplir por lo menos 6 meses de diagnóstico.	1. Menos de 6 meses 2. 6 meses a 1 año 3. Más de 1 año

<b>Tabaquismo</b>	Cualitativa	Nominal	Hábito de consumo de tabaco, en cualquiera de sus presentaciones de más de 1 año.	Hábito de consumo de tabaco en cualquiera de sus presentaciones de más de 1 año.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Positivo</li> <li>2. Negativo</li> </ol>
<b>Alcoholismo</b>	Cualitativa	Nominal	Hábito del consumo de bebidas etílicas, independientemente del patron de frecuencia	Consumo regular y excesivo de bebidas etílicas, independientemente del tiempo.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Positivo</li> <li>2. Negativo</li> </ol>
<b>Diagnóstico Clínico</b>	Cualitativa	Nominal	Es aquel diagnóstico establecido por el médico familiar y que se encuentra en la hoja de referencia a especialidad	Es aquel diagnóstico establecido por el médico familiar y que se encuentra en la hoja de referencia a segundo nivel (Gastroenterología)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gastritis</li> <li>2. Helicobacter pylori</li> <li>3. Hernia hiatal</li> <li>4. Enfermedad ácido péptica</li> <li>5. Gastritis leve</li> <li>6. Úlcera péptica</li> <li>7. Reflujo gastroesofágico</li> <li>8. Esofagitis</li> <li>9. Faringitis y rinitis</li> <li>10. Enfermedad diverticular</li> <li>11. Disfagia</li> <li>12. Duodenitis</li> <li>13. Gastritis crónica</li> <li>14. Coledocolitiasis crónica</li> <li>15. Sangrado de tubo digestivo alto</li> <li>16. Úlcera duodenal</li> <li>17. Síndrome colón irritable</li> <li>18. Salmonellosis</li> <li>19. Úlcera gástrica</li> <li>20. Ictericia acolúrica</li> <li>21. Cáncer gástrico</li> <li>22. Síndrome diarreico</li> <li>23. Reflujo gastroesofágico grado III</li> <li>24. Dolor torácico</li> <li>25. Vómito</li> <li>26. Pérdida de peso</li> <li>27. Esofagitis crónica</li> <li>28. Gastritis aguda</li> <li>29. Discinecia antropilórica</li> <li>30. Hepatopatía crónica</li> <li>31. Dolor abdominal</li> <li>32. Hepatitis</li> <li>33. Constipación crónica</li> <li>34. Estreñimiento</li> <li>35. Gastritis biliar</li> <li>36. Pólipos gástricos</li> <li>37. Anemia</li> </ol>

					38. Tumoración esofagagástrica 39. Esófago de Barret 40. Divertículo esofágico
<b>Diagnóstico Endoscopia</b>	Cualitativa	Nominal	Hallazgos que se encuentran durante la realización de panendoscopia	Hallazgos macroscópicos que se encuentran durante la realización de panendoscopia.	1. Esofagitis 2. Reflujo grado I 3. Hernia hiatal menos 3 cm 4. Gastritis crónica 5. Duodenitis erosive 6. Úlcera duodenal Forrest I 7. Incompetencia cardiohiatal 8. Gastritis antral 9. Gastritis leve 10. Gastritis sales biliares 11. Duodenitis moderada 12. Reflujo grado II 13. Gastritis cuerpo 14. Hernia hiatal menos 3 cm 15. Pólipos gástricos 16. Reflujo IV 17. Esófago de Barret 18. Duodenitis leve 19. Hernia hiatal no reductible 20. Úlcera gástrica 21. Reflujo grado III 22. Gastritis erosive 23. Estenosis gástrica 24. Úlcera gástrica Forrest III 25. Anillo de Schatzki 26. Úlcera duodenal Forrest IIB 27. Várices esofágicas grado I 28. Esofagitis crónica 29. Gastritis fondo 30. Helicobacter pylori 31. Gastritis aguda 32. Esdoscopia normal 33. Gastritis AINES 34. Duodenitis severa 35. Leiomioma esofágico 36. Candidiasis esofágica

<p><b>Diagnóstico Histopatológico</b></p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Diagnóstico que el servicio de Patología establece al realizar análisis de las biopsias obtenidas por endoscopia</p>	<p>Diagnóstico establecido por el patólogo a través del estudio microscópico de las biopsias obtenidas por endoscopia de los pacientes incluidos dentro del estudio.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gastritis crónica</li> <li>2. Gastritis severa</li> <li>3. Helicobacter pylori</li> <li>4. Úlcera crónica</li> <li>5. Úlcera aguda</li> <li>6. Gastritis moderada</li> <li>7. Gastropatía sales biliares</li> <li>8. Gastritis antro</li> <li>9. Gastritis erosive</li> <li>10. Pólipos</li> <li>11. Esófago de Barret</li> <li>12. Gastritis leve</li> <li>13. Úlcera péptica</li> <li>14. Gastritis superficial</li> <li>15. Gastritis profunda</li> <li>16. Metaplasia intestinal</li> <li>17. Esofagitis crónica</li> <li>18. Esofagitis moderada</li> <li>19. Gastritis AINES</li> <li>20. Candidiasis esofágica</li> <li>21. Metaplasia intestinal moderada</li> <li>22. Adenocarcinoma ulcerado</li> <li>23. Sin alteraciones</li> <li>24. Leiomioma esofágico</li> </ol>
---	--------------------	----------------	---	--	--

## ANEXO 2. CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN BÁSICA

				FOLIO:	
				FECHA:	
NOMBRE:					
No. AFILIACIÓN:					
DIRECCIÓN:					
TELÉFONO:				EDAD: años	
SEXO: (1) Masculino (2) Femenino			UMF No.:		Turno:
ESTADO CIVIL: (1) Soltero(a)		(2) Casado (a)	(3) Divorciado(a)	(4) Unión Libre	(5) Viudo (a)
TABAQUISMO:		SI ( ) NO ( )	Cantidad: /día		Tiempo: /años
ALCOHOLISMO:		SI ( ) NO ( )	Cantidad: /mes		Tiempo: /años
TIEMPO DE EVOLUCION: (1) Menos de 6 meses (2) 6 meses a 1 año (3) Más de 1 año					
Cirugías Esofagogástricas		(1) SI (2) NO	Sx de colon irritable		(1) SI (2) NO
Enfermedad vesicular		(1) SI (2) NO	Enfermedad hepática		(1) SI (2) NO
Sx de malaabsorción intestinal		(1) SI (2) NO	Tratamiento en los últimos 6 meses para erradicación de <i>H. pilory</i>		(1) SI (2) NO
Intolerancia a la lactosa		(1) SI (2) NO			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS					

FOLIO:

TRATAMIENTO PREVIO A ENDOSCOPIA Y TIEMPO:	
DIAGNOSTICO CLINICO:	
DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO:	
COMPLICACIONES:	
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO:	

NOTA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_